

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

GRADO DE ENFERMERÍA



TRABAJO FIN DE GRADO

UN RETO PENDIENTE PARA LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA:  
LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A pending challenge for the primary nursing:  
the early detection of feeding and eating disorders

Tutor: José María Castillo Otí

Cotutor: Andrés Gómez Del Barrio

Autora: María Vega Pérez de Isla

Santander, 2019

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## AGRADECIMIENTOS

---

- A los profesionales de enfermería de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla por despertarme el interés sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y motivarme a llevar a cabo este trabajo.
- A mi tutor del Trabajo Fin de Grado, José María Castillo Otí, por el apoyo y confianza en mí en todo momento. Gracias por todo el tiempo dedicado, la paciencia y por siempre estar dispuesto a ayudarme y a aconsejarme. En definitiva, por ser mi guía durante estos meses de trabajo.
- A Andrés Gómez del Barrio, cotutor del Trabajo Fin de Grado. Deseo expresar mis agradecimientos por su inestimable colaboración, apoyo y enseñanza, sin los cuales no hubiera sido posible la realización del presente trabajo. Gracias por confiar en mí desde el principio.

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

---

ADANER: Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia.

ADEFAB: Asociación de Familiares de Anorexia y Bulimia de Burgos.

AEETCA: Asociación para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

AMEMC: Programa Alimentación, Modelos Estético Femenino y Medios de Comunicación.

AN: Anorexia Nerviosa.

AP: Atención Primaria.

APTAB: Asociación Española de Psicología Clínica para la Prevención y Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

ARBADA: Asociación Aragonesa de familiares de enfermos con trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia.

BAT: Body Attitude Test.

BES: Body-Esteem Scale.

BIA: Body Image Assesment.

BITE: Bulimia Investigatory Test Edinburgh.

BN: Bulimia Nerviosa.

BSQ: Body Shape Questionnaire.

BULIT: Bulimia Test.

ChEAT: Children Versión of the EAT.

CID-I: Composite Internacional Diagnostic Interview.

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades-10.

CIMEC: Cuestionario de influencias del modelo estético corporal.

DETECTA: Detección Temprana en Cantabria de los Trastornos Alimentarios.

DITCA: Detección e Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

DM1: Diabeteles Mellitus tipo 1.

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV-Texto Revisado.

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V.

EAP: Equipo de Atención Primaria.

EAT-26: The Eating Attitudes Test-26.

EAT-40: The Eating Attitudes Test-40.

EDE: Eating Disorders Examination.

EpS: Educación para la Salud.

ESO: Educación Secundaria Obligatoria.

FEACAB: Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia.

HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

IMC: Índice de Masa Corporal.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SCOFF: The Sick, Control, Out weight, Fat, Food Questionnaire.

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

TCANE: Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados.

TDAH: Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad.

TOC: Trastornos Obsesivos Compulsivos.

TxA: Trastorno por atracón.

USM: Unidad de Salud Mental.

UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

VPN: Valor Predictivo Negativo.

VPP: Valor Predictivo Positivo.

## INDICE

---

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
<b>1. Situación actual de los TCA.</b> .....	2
1.1. Definición y etiología.....	2
1.2. Clasificación.....	2
1.3. Prevalencia. ....	3
1.4. Complicaciones y costes.....	3
<b>2. Justificación.</b> .....	4
<b>3. Objetivos.</b> .....	4
<b>4. Estrategia de búsqueda de la bibliografía.</b> .....	5
<b>5. Descripción de los capítulos.</b> .....	5
 CAPÍTULO I: PREVENCIÓN PRIMARIA.....	6
<b>1. Prevención primaria desde una perspectiva de educación para la salud.</b> .....	6
<b>2. Factores de riesgo</b> .....	7
2.1. Tipos. ....	7
2.1.1. Factores individuales.....	7
2.1.2. Factores ambientales y socioculturales. ....	8
2.1.3. Factores familiares. ....	8
2.2. Aproximación indirecta. ....	9
<b>3. Estrategias de intervención.</b> .....	9
<b>4. Evolución de las intervenciones de prevención primaria. Un tema controvertido.</b> .....	9
4.1. Primera generación .....	9
4.2. Segunda generación. ....	10
4.3. Tercera generación.....	10
4.3.1. Reducción de presiones socioculturales. ....	10
4.3.2. Fomento de factores protectores. ....	11
<b>5. Programas de prevención primaria.</b> .....	11
5.1. A nivel internacional.....	11
5.2. A nivel nacional. ....	12
5.2.1. Programa Alimentación, Modelos Estético Femenino y Medios de Comunicación. Como formar alumnos críticos en educación secundaria. AMEMC. ....	12
5.2.2. Taller de prevención para los TCA en la comunidad de Valencia. ....	12
5.2.3. “Tu sí que molas” . ....	13

5.2.4.	Programa preventivo Zarima. ....	13
5.2.5.	Asociaciones y fundaciones familiares. ....	13
<b>6.</b>	<b>Recomendaciones. ....</b>	<b>14</b>
CAPÍTULO 2: PREVENCIÓN SECUNDARIA .....		16
<b>1.</b>	<b>El impacto de la prevención secundaria en el pronóstico de la enfermedad. ....</b>	<b>16</b>
1.1.	Una situación de infra diagnóstico. ....	16
<b>2.</b>	<b>Detección precoz de las señales de alarma. ....</b>	<b>17</b>
<b>3.</b>	<b>Una eficaz herramienta de cribado. Los cuestionarios. ....</b>	<b>18</b>
3.1.	Cuestionarios autoadministrados a los usuarios. ....	18
3.1.1.	The Sick, Control, Out weight, Fat, Food Questionnaire. SCOFF. ....	18
3.1.2.	The Eating Attitudes Test. EAT. ....	19
3.1.3.	Bulimia Test. BULIT. ....	19
3.1.4.	Bulimia Investigatory Test Edinburgh. BITE. ....	20
<b>4.</b>	<b>Actuación ante una sospecha de TCA. ....</b>	<b>20</b>
4.1.	Contribución del profesional de enfermería al diagnóstico. ....	20
4.1.1.	Anamnesis. ....	20
4.1.2.	Exploración física, psicopatológica y conductual y pruebas complementarias. 22	
4.2.	Las rutas asistenciales. ....	22
<b>5.</b>	<b>Programas de prevención secundaria. ....</b>	<b>23</b>
5.1.	Detección e Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria. DITCA. ....	23
5.2.	Detección Temprana en Cantabria de los Trastornos Alimentarios. DETECTA. ....	24
CONCLUSIONES .....		25
BIBLIOGRAFÍA TFG .....		26
ANEXOS .....		31

## RESUMEN

---

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías mentales crecientes con un continuo aumento de incidencia y prevalencia en un amplio número de grupos poblacionales. La falta de conciencia de la enfermedad, el retraso en la demanda asistencial, la dificultad diagnóstica y las repercusiones asociadas, a nivel individual, social, familiar y sanitario, hace necesario la implicación de los profesionales sanitarios en una intervención precoz. Se ha demostrado que el ámbito de atención primaria (AP) juega un papel muy importante en el abordaje y detección precoz de estos trastornos. Por ello, el equipo multidisciplinar de AP, en especial el profesional de enfermería, debe afrontar las dificultades y dar un paso al frente. Resulta fundamental conocer y estar entrenado en las estrategias de actuación que se llevan a cabo en los programas dirigidos a la prevención primaria y secundaria, con el objetivo de reducir el número de nuevos casos anuales, así como, la magnitud de las complicaciones, las tasas de cronicidad y morbilidad, y el mal pronóstico de los usuarios con esta enfermedad.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Detección precoz, Prevención primaria, Prevención secundaria, Enfermería primaria.

## ABSTRACT

---

Feeding and eating disorders are growing mental pathologies with a continuous increase in incidence and prevalence in a large number of population groups. The lack of awareness of the disease, the delay in the demand for care, the diagnostic difficulty and the associated repercussions, at the individual, social, family and health levels, make it necessary to involve health professionals in an early intervention. It has been shown that the field of primary care has a very important role in the approach and early detection of these disorders. Therefore, the multidisciplinary team of Primary Care, especially the nursing professional, must face the difficulties and take a step forward. It is essential to know and be trained in the action strategies that are carried out in the programs aimed at primary and secondary prevention, with the aim of reducing the number of new cases per year, as well as, the magnitude of the complications, the rates of chronicity and morbidity, and the poor prognosis of users with this disease.

Key words: Feeding and eating disorders, Early detection, Primary prevention, Secondary prevention, Primary Nursing.



## INTRODUCCIÓN

---

### 1. Situación actual de los TCA.

#### 1.1. Definición y etiología.

Los trastornos de la conducta alimentaria se manifiestan como una alteración en la alimentación o en el comportamiento relacionado con el consumo o absorción de alimentos, conllevando consecuentemente a un deterioro de la salud física y funcionamiento psicosocial<sup>1,2</sup>. Actualmente constituyen un problema de salud creciente, representando la tercera enfermedad crónica más común en la población adolescente y situándose entre los tres diagnósticos psiquiátricos más comunes entre las mujeres de esta franja de edad<sup>3</sup>.

Se tratan de patologías de etiología multifactorial, en las cuales influyen aspectos genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales. El sexo, la edad o características de la personalidad, como el perfeccionismo o la impulsividad, son rasgos determinados genéticamente que se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar un TCA. Diversos autores afirman que los factores personales como la rigidez, la inflexibilidad o la baja autoestima y el entorno familiar y social también influyen en el desarrollo de esta enfermedad. Del mismo modo, la presión ejercida por los medios de comunicación, que asocia el éxito y la belleza con la delgadez, juega un papel desencadenante de nuevos casos<sup>3</sup>.

#### 1.2. Clasificación.

Actualmente los criterios clínicos de las diferentes categorías de TCA se encuentran recogidos tanto en la décima edición de la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades” (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como en la quinta edición del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-V) de la American Psychiatric Association<sup>4</sup>.

Las categorías tradicionalmente empleadas son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

- La anorexia nerviosa, con sus dos subtipos, restrictiva y purgativa, se define como un deseo irrefrenable de mantener un peso corporal por debajo de los valores mínimos normales, presentando una percepción distorsionada de la imagen corporal y un temor intenso a aumentar de peso. En este tipo de TCA persisten conductas de evitación o de restricción de la comida junto a acciones compensatorias para contrarrestar el poco aporte calórico que ingieren (hiperactividad física desmesurada, conductas de purga...). Frecuentemente suelen ser individuos sin conciencia de la enfermedad y con tendencia a la hiperresponsabilidad, al perfeccionismo, a una necesidad de reconocimiento y de aprobación y a un mal manejo de errores o frustraciones en la vida<sup>3-5</sup>.
- La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios de atracones, ingesta voraz e incontrolada, en los que se toman una gran cantidad de alimentos en un corto espacio de tiempo y normalmente en secreto. Después de la sobreingesta, los individuos tienden a realizar conductas compensatorias inapropiadas o maniobras de purga, como el vómito provocado, ejercicio excesivo, el abuso de fármacos laxantes o diuréticos, además de sentirse avergonzados y culpables por su comportamiento. En la BN se muestra una preocupación excesiva por la silueta corporal, pero no se producen necesariamente alteraciones del peso, se puede presentar un peso normal, bajo peso o sobrepeso<sup>1,3</sup>.
- Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados son aquellos que no cumplen los criterios necesarios para ser un cuadro completo de AN o BN, pero en los que sí existe una alteración de la conducta alimentaria<sup>4</sup>.

El DSM-V planteó en 2013 la categoría diagnóstica de trastorno por atracón (TxA), el cual se define como episodios recurrentes de sobreingesta con pérdida de control, a los que, a diferencia de la BN, no les siguen conductas compensatorias inapropiadas, pero sí sentimientos negativos sobre sí mismos de vergüenza, asco, depresión o culpa<sup>1</sup>.

### 1.3. Prevalencia.

Actualmente existe una alta inestabilidad diagnóstica por la alta frecuencia de la comorbilidad con otros trastornos, como la ansiedad, la depresión, los trastornos de personalidad o las adicciones<sup>3</sup>, y por las migraciones diagnósticas o también llamado fenómeno “crossover”<sup>4</sup>. Diferentes estudios muestran que durante los primeros años del trastorno puede existir un cruce entre las diferentes categorías. Actualmente entre el 8 al 55% pasa de AN a BN, entre un 4 al 27% de BN a AN, y entre el 4 a un 45% de BN a TxA. Cabe mencionar que las conductas de los TCA cambian, pero las causas que las propician suelen ser las mismas: la rigidez, el perfeccionismo y la necesidad de control entre otros<sup>4</sup>.

Por tanto, conocer la prevalencia e incidencia de estos trastornos no es sencillo, a lo que se añade la baja conciencia de enfermedad por parte de los pacientes y la minimización de los síntomas o incluso su propia negación. Por otro lado, las dificultades metodológicas también limitan en gran medida obtener datos concluyentes<sup>4</sup>. Actualmente se estima que el 67-83% de individuos con TCA no están siendo tratados<sup>6</sup>.

Los estudios epidemiológicos, realizados en los últimos años, concluyen que el 16% de los jóvenes de 12 a 18 años se encuentran en riesgo de sufrir algún tipo de TCA en España y que una cuarta parte de ellos lo padece<sup>7</sup>, con cifras totales del 4.1 al 6.41%<sup>5</sup>. Según diversos protocolos nacionales se estima un porcentaje de 0,5-1% para la AN, un 1-3% para la BN y un 3% para los TCANE<sup>4</sup>.

A nivel autonómico, en la Unidad Especializada en Trastornos de la Conducta Alimentaria de Cantabria (UTCA) se recibe entre 110 a 140 casos anuales, siendo un 87% de ellos mujeres y en su mayoría cuadros clínicos de TCANE<sup>4</sup>. En los últimos años las cifras de AN se han mantenido, mientras que el número de casos con un TxA o BN han aumentado ya que existe un mayor conocimiento de estas patologías.

Se estima que la edad de comienzo es la adolescencia, frecuentemente en población femenina (4.1-6.4%) y menos común en los hombres (0.27-0.90%)<sup>6</sup>. Por otro lado, diversos estudios afirman un incremento de incidencia en mujeres mayores de 40 años o prepубerales<sup>4</sup>.

### 1.4. Complicaciones y costes.

La importancia de los trastornos de la conducta alimentaria no radica únicamente en su prevalencia, sino en la cronicidad y repercusiones que pueden llegar a tener. Uno de cada diez individuos con TCA presenta un riesgo alto de padecer complicaciones y cronicidad a lo largo de su vida<sup>7,8</sup>, y un menor número de casos muere por suicidio, fallo cardíaco o inanición<sup>5,9</sup>. Se estima que son necesarios entre tres y cinco años para resolver un TCA, existiendo un porcentaje de remisiones del 60%, un 25% de mejorías parciales y un 15% de cronicidad<sup>5</sup>.

Además de incidir de manera significativamente negativa en la salud física y psíquica de los individuos que los experimentan, también repercute en la salud y calidad de vida de las familias y en sus relaciones, suponiendo un sufrimiento y una sobrecarga para la sociedad y el sistema sanitario<sup>5</sup>.

El coste de estos trastornos es elevado por la tendencia a la cronicidad, complejidad, alta comorbilidad y a las complicaciones médicas, que exigen de equipos interdisciplinarios especializados y de abordajes múltiples<sup>10,11</sup>. A nivel europeo supone un alto consumo de recursos sociales y asistenciales, traduciéndose en un coste de 0.8 billones de euros<sup>12</sup>. Por otra

parte, existe un impacto negativo en el funcionamiento social y familiar, un coste indirecto que causa un sufrimiento y un malestar emocional en estos sectores <sup>10,11</sup>.

La evolución y la magnitud de las complicaciones dependen en gran medida del tiempo transcurrido entre el inicio del TCA y el momento en el que se presta ayuda para ser tratados. Actualmente se conoce que la media de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la petición de ayuda es de alrededor de un año para la anorexia nerviosa y de cuatro años para la bulimia, potenciando la aparición de cuadros sintomáticos complicados y avanzados con un peor pronóstico<sup>5</sup>.

## **2. Justificación.**

Prevenir e intervenir de forma precoz en las fases tempranas del trastorno implica un mejor pronóstico y una reducción de costes a nivel del tratamiento, pero también a nivel del sujeto, familia y entorno social. Por ello, resulta evidente la gran importancia que existe en identificar a las personas en alto riesgo de desarrollar un TCA y de establecer estrategias de detección precoz de signos y síntomas de alarma. El ámbito de AP es un medio asistencial idóneo para llevar a cabo este tipo de intervenciones por la facilidad de acceso, la continuidad de los cuidados, el seguimiento que presta y por ser un nexo de unión entre el usuario y el entorno escolar, social y familiar.

La actuación temprana de los TCA ha de estar encaminada, por un lado, hacia la prevención primaria con el fin de reducir la incidencia, haciendo hincapié en los aspectos que predisponen la aparición de nuevos casos, es decir, los factores de riesgo y, por otro lado, hacia la prevención secundaria, dirigida a la detección de señales de alarma y a facilitar intervenciones que reduzcan el tiempo entre la aparición de los síntomas, el diagnóstico y el inicio de un tratamiento eficaz<sup>13</sup> (*Anexo 1*).

En base a todo lo comentado anteriormente y teniendo en cuenta que los TCA constituyen un importante problema de salud pública actual que genera unos altos costes personales, sanitarios y socioeconómicos nos preguntamos si ¿es posible establecer o implementar estrategias de detección temprana en AP que reduzcan la incidencia y prevalencia del problema? y en caso de serlo si ¿actualmente se llevan a cabo dichos programas en el sector de AP? y ¿cuáles son las estrategias más adecuadas y efectivas, que el profesional de enfermería de AP, debe seguir para su desarrollo?

## **3. Objetivos.**

En base a lo anteriormente expuesto, el planteamiento del presente trabajo se basa en lograr los siguientes objetivos:

- Analizar la existencia de programas de detección temprana en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria.
- Determinar la actuación enfermera en la prevención y detección de los usuarios en las fases de inicio con un desorden alimentario en el ámbito de Atención Primaria.
- Describir las estrategias de prevención primaria y secundaria que se pueden llevar a cabo para la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria.

#### 4. Estrategia de búsqueda de la bibliografía.

Para el desarrollo del presente Trabajo Fin de Grado se ha realizado una búsqueda y revisión sistemática de la evidencia científica publicada en los últimos cinco años (2013-2018) en castellano y en inglés, incluyendo material bibliográfico fuera del rango por la falta de publicaciones al respecto.

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de artículos científicos, guías y libros en las bases de datos de PubMed, Elsevier, Dialnet, UCREA, Web of Science y PubPsych, empleando el vocabulario estructurado con los descriptores DeCs y MeSH, combinados con el operador booleano "AND".

<i>DeCs</i>	<i>MeSH</i>
Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos.	Feeding and Eating Disorders.
Detección precoz.	Early detection.
Enfermería primaria.	Primary Nursing.
Atención Primaria de Salud.	Primary Health Care.
Prevención Primaria.	Primary Prevention.
Prevención Secundaria.	Secondary Prevention.
Promoción de la Salud.	Health Promotion.
Rutas asistenciales.	Care pathways.

Se focalizó la búsqueda en aquellos documentos que trataban las estrategias de detección precoz de TCA en atención primaria, la existencia actual de dichos programas y la actuación enfermera en prevención primaria y secundaria.

De la bibliografía encontrada se excluyeron todo tipo de artículos relacionados con la detección precoz de recaídas, prevención terciaria y cuaternaria y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, quedando después de realizar este cribado 60 documentos, que han permitido el desarrollo de este trabajo.

#### 5. Descripción de los capítulos.

Este trabajo se encuentra estructurado en dos capítulos, los cuales analizan las preguntas de investigación comentadas anteriormente y del mismo modo, alcanzan los objetivos propuestos.

En el primer capítulo podemos encontrar una descripción detallada de la prevención primaria de los TCA, teniendo como enfoque la detección precoz de los grupos de riesgo y la necesidad de implementar, por parte del equipo de atención primaria (EAP), estrategias de educación para la salud dirigidas a los factores protectores.

El segundo capítulo analiza la existencia de programas de prevención secundaria a nivel de AP, muestra los beneficios y dificultades asociadas a su desarrollo y, por último, establece las herramientas y estrategias a seguir para que el profesional de enfermería lleve a cabo una detección precoz eficaz de casos con TCA.

## CAPÍTULO I: PREVENCIÓN PRIMARIA

---

El incremento de incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los últimos años ha suscitado un creciente interés y preocupación entre los profesionales sanitarios, educadores y comunidades científicas. Dado su impacto sobre el estado de salud y calidad de vida de los adolescentes y de sus familias, así como de los recursos sanitarios, resulta evidente la necesidad de prevenir su aparición y de desarrollar actuaciones preventivas a nivel mundial<sup>11</sup>.

Según la OMS, la prevención primaria se define como el conjunto de acciones destinadas a reducir la incidencia de la enfermedad, descendiendo el número de nuevos casos anuales<sup>14</sup>. Este nivel pretende controlar las causas, reducir y/o eliminar la exposición a los factores de riesgo e incrementar o potenciar los factores protectores o de resiliencia a través de la educación sanitaria <sup>11,14</sup>.

Desde la década de los ochenta se han realizado diversas aproximaciones preventivas, de las cuales pocas de ellas resultaron efectivas hasta hace pocos años. Afortunadamente los datos de las últimas revisiones sistemáticas demuestran avances teóricos y metodológicos de la prevención de los TCA frente a los primeros programas, sin embargo, todavía no son suficientes las intervenciones realizadas por los profesionales de AP, que incidan significativamente en la reducción de los casos anuales. Actualmente se trata de un reto pendiente para el ámbito de la AP<sup>11</sup>.

En la sanidad no existe mejor inversión que la aplicada a la prevención de enfermedades, se trata de una prioridad sanitaria, económica y social. Es una necesidad y no por ineludible o difícil que sea, debe de dejarse de llevar a cabo<sup>11</sup>.

### **1. Prevención primaria desde una perspectiva de educación para la salud.**

Las medidas de prevención primaria actúan en el período prepatogénico del curso natural de la enfermedad, antes del comienzo biológico. Estas técnicas actúan suprimiendo o mermando los factores que aumentan la probabilidad de generar la enfermedad y desde un punto de vista epidemiológico, tratan de reducir la incidencia a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad<sup>14</sup>.

Uno de los instrumentos, utilizados por los profesionales de salud de AP, es la educación para la salud (EpS), que se encarga de informar, implicar y capacitar al individuo, grupos y colectivos de conocimientos, actitudes y conductas de control de salud para alcanzar el máximo nivel de bienestar físico, mental y social<sup>14,15</sup>. Se trata de una herramienta esencial que pretende capacitar al individuo sobre hábitos y estilos de vida saludables a través de actuaciones sobre estos determinantes de la salud<sup>14</sup>.

Trasmitir información y modificar conocimientos a favor es necesario para conseguir una correcta EpS, pero resulta insuficiente. Además, debe fomentarse la motivación, las habilidades personales y la autoestima de los individuos<sup>14</sup>. El objetivo que realmente persigue los profesionales de AP es el cambio de las actitudes y de los comportamientos de los usuarios<sup>11</sup>.

La prevención primaria de los TCA con una perspectiva de promoción de salud resulta paradójica ya que es contraproducente presentar los TCA como foco de atención. Por ello, el equipo de AP debe dirigir la prevención primaria a aspectos genéricos que permitan la creación de hábitos o comportamientos saludables<sup>11</sup>.

## 2. Factores de riesgo.

El primer paso para establecer medidas de prevención primaria es identificar los factores a los que se encuentra expuesto el individuo y evaluar su impacto sobre el riesgo en desarrollar la enfermedad<sup>3,16</sup>.

Diversos autores confirman que conocer las causas y factores desencadenantes de casos de TCA, puede ayudar en gran medida a desarrollar programas de prevención eficaces<sup>17,18</sup>. Se ha constatado que el 50% de las intervenciones, que actúan de forma temprana en el desarrollo de estos factores, reducen las conductas de riesgo, y más de un 29%, disminuyen la patología<sup>11</sup>.

Partiendo de la premisa de que una actuación de prevención primaria eficaz se basa en conocer las causas de la enfermedad. El origen multifactorial y multicausal de los TCA constituye una limitación y dificultad para la puesta en marcha de programas de prevención<sup>18</sup>.

En la etiología de este trastorno interfieren factores individuales, ambientales y familiares que actúan diacrónicamente como elementos predisponentes, precipitantes y perpetuantes en el tiempo<sup>19,20</sup>. Actualmente se desconoce en qué medida influye cada uno de ellos en el desarrollo de la enfermedad, ya que no resulta sencillo establecer relaciones causales en este tipo de trastornos<sup>4</sup>.

Las intervenciones preventivas tienen como foco de atención aquellos factores que suponen un riesgo para el desarrollo de la enfermedad, es decir, los factores predisponentes y, por otro lado, todas las variables que desencadenan la aparición del cuadro clínico, en otros términos, los factores precipitantes (*Anexo 2*)<sup>3</sup>.

### 2.1. Tipos.

#### 2.1.1. Factores individuales.

Existen ciertos factores individuales, de tipo biológico, psicológico o conductual, que predisponen al sujeto al desarrollo del TCA. Estas características propias por sí solas no suelen determinar la aparición de la enfermedad, sino que tienden a actuar sinérgicamente con otras variables ambientales o familiares<sup>2</sup>.

#### - Biológicos.

Distintos estudios epidemiológicos determinan que el género femenino, al igual que la edad adolescente, dotan al individuo de cierta susceptibilidad a desarrollar conductas alimentarias de riesgo<sup>21</sup>. Paralelamente, la pubertad precoz y ciertos problemas físicos que implican variaciones en el peso, como la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), se señalan como predictores de TCA<sup>2</sup>.

Se estima que la herencia explica entre un 60 y 80% de la vulnerabilidad en estos trastornos y que el resto corresponde a experiencias biográficas<sup>4</sup>. Los pacientes con antecedentes familiares tienen una probabilidad diez veces mayor de desarrollar esta enfermedad que los familiares de individuos sanos<sup>22</sup>. A estos habría que añadir otros factores como las complicaciones obstétricas o perinatales, las cuales también se asocian a un mayor riesgo de desarrollo<sup>23</sup>.

#### - Psicológicos.

Los factores psicológicos son considerados parte fundamental de la etiopatogenia de los TCA. La evidencia señala que la comorbilidad psiquiátrica en muchas ocasiones tiene un inicio previo al desarrollo del TCA y por ello, deben considerarse un factor de riesgo. Los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivos-compulsivos (TOC), los trastornos de la personalidad y los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) son las comorbilidades más frecuentes previas al inicio del curso del trastorno<sup>2</sup>.

Simultáneamente, se han identificado otros factores psicológicos de carácter individual como la baja autoestima, las dificultades intersociales o rasgos de personalidad como el perfeccionismo, la excesiva rigidez, o la autoexigencia como factores determinantes en la patogénesis de esta enfermedad<sup>2,24</sup>.

- Conductuales.

Determinadas conductas llevadas a cabo por los individuos también aumentan la probabilidad de desarrollar un TCA. La realización de conductas alimentarias de riesgo, como dietas restrictivas o ayunos o el consumo de laxantes o diuréticos, determinan en gran medida la aparición de un TCA futuro<sup>5</sup>.

La práctica de deportes que promueven un físico estilizado o de bajo peso como la danza y gimnasia, crean cifras de incidencia del 30% y 18% respectivamente<sup>2</sup>. Distintos estudios señalan que la práctica excesiva de ejercicio físico puede influir negativamente no solo a nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico, causando insatisfacción con el propio cuerpo y mayor probabilidad de desarrollar un TCA<sup>5</sup>.

Por otro lado, los acontecimientos vitales potencialmente estresantes son un claro desencadenante de este tipo de enfermedades. El inicio de conductas de riesgo se ha relacionado con abusos físicos o sexuales en la infancia, fallecimientos de seres queridos, separación de los padres o problemas en el ámbito social<sup>2</sup>.

#### 2.1.2. Factores ambientales y socioculturales.

Es innegable que el entorno sociocultural ejerce una influencia importante en la aparición de este tipo de patología. Tradicionalmente se ha ligado a mujeres de estrato social medio-alto y alto y de zonas urbanas, sin embargo, diversos estudios actuales afirman que este trastorno afecta a individuos de diferentes localizaciones y niveles socioeconómicos<sup>4</sup>. A pesar de estos datos, la prevalencia es mayor en la sociedad occidentalizada, por lo que resulta evidente que se trata de un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de este trastorno<sup>2,4</sup>.

El modelo sociocultural, al que nos encontramos expuestos actualmente, asemeja el atractivo físico y el éxito social con un ideal excesivamente delgado, creando una insatisfacción con la imagen corporal y provocando potenciales casos de desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria<sup>2,22</sup>. La presión ejercida sobre los actuales cánones y estereotipos de belleza a través de los medios de comunicación audiovisuales o escritos, la publicidad o la industria estética, ha llevado a un incremento muy notable de la incidencia<sup>25</sup>.

En el marco de esta sociedad, no podemos olvidar el impacto del internet y de las redes sociales en el desarrollo de estos trastornos, sin hablar de las páginas que hacen apología a la anorexia y la bulimia como formas de vida, en lugar de como enfermedades mentales<sup>26</sup>.

#### 2.1.3. Factores familiares.

El contexto familiar es un factor predisponente al igual que mantenedor en el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria. Diversos estudios no asocian un modelo determinado de familia a este tipo de trastornos, sin embargo, ciertas características como la sobreprotección, la rigidez, la exigencia o comentarios críticos hacia la imagen corporal predisponen el desarrollo de estos trastornos<sup>2,4</sup>. Por otro lado, los modelos familiares desestructurados o disfuncionales aumentan la vulnerabilidad para padecer este tipo de desorden alimentario.

La familia actúa como un trasmisor de valores, actitudes y comportamientos, por ello se trata un ámbito ideal de intervención para prevenir de forma temprana la aparición de los TCA<sup>2,22</sup>.

## 2.2. Aproximación indirecta.

El profesional sanitario de atención primaria debe conocer cuáles son los factores de riesgo para poder prevenirlos, disminuirlos o eliminarlos, sin embargo, se ha demostrado que no tiene que actuar sobre ellos directamente para llevar a cabo prevención primaria.

Existe evidencia que muestra resultados más positivos cuando los programas de prevención de TCA no presentan explícitamente y de forma detallada los factores de riesgo. La aproximación indirecta a este tipo de desorden, a través de factores de protección, garantiza una prevención primaria eficaz. Por ello, el profesional de enfermería de AP, utilizando los determinantes causales potencialmente modificables, podrá establecer medidas de protección y consecuentemente, una prevención primaria indirecta que trate como objetivo, cambios de actitud y comportamiento (*Anexo 3*)<sup>14</sup>.

Los EAP desempeñan un papel clave en la prevención y el abordaje precoz de estos trastornos. La accesibilidad, la continuidad de la atención y las múltiples posibilidades de contacto con estos lugares, permite la detección de grupos de riesgo y la intervención sobre los factores que indirectamente protegen a los usuarios de desarrollar un TCA<sup>11</sup>.

## 3. Estrategias de intervención.

Las intervenciones de prevención primaria pueden seguir dos tipos de estrategias, la poblacional y, por otro lado, la de alto riesgo. Ambas tienen como objetivo evitar el desarrollo del cuadro clínico del trastorno alimentario y disminuir la incidencia<sup>27</sup>.

La estrategia poblacional, o también denominada universal, está dirigida hacia la población general, la cual no se ha identificado en base a predisponer un riesgo a desarrollar la enfermedad<sup>3,16</sup>. Persigue el objetivo de promover la salud y reducir el riesgo promedio de padecer un desorden alimentario<sup>11</sup>.

Por otro lado, la estrategia de alto riesgo o selectiva, es de tipo individual, se dirige a aquellos usuarios que presentan mayor probabilidad de desarrollar un TCA, debido a la exposición a variables que aumentan la susceptibilidad de padecer el trastorno. Generalmente es la primera elección para llevar a cabo programas de prevención primaria. Diversos estudios muestran que efectuar lo antes posible programas de prevención primaria en población vulnerable, evita a los usuarios el desarrollo de un cuadro clínico de TCA. Por ello, resulta fundamental que los profesionales sanitarios de AP den un paso al frente y realicen una detección precoz de los grupos de riesgo.<sup>16</sup>

## 4. Evolución de las intervenciones de prevención primaria. Un tema controvertido.

Las intervenciones de prevención primaria específicas para los TCA, a menudo complementarias entre sí, son las psicoeducacionales, técnicas de inducción y disonancia, actuaciones de alfabetización mediática y, por último, intervenciones focalizadas en fortalecer el huésped, eliminando los factores de riesgo a través pautas que indirectamente protegen a desarrollar este tipo de trastornos<sup>28</sup>.

### 4.1. Primera generación

Los primeros trabajos orientados a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria se desarrollaron en la década de los ochenta. Las diferentes aproximaciones preventivas eran de



naturaleza psicoeducativa, centrándose principalmente en dar información de las consecuencias de estos trastornos con la falsa esperanza de disminuir las conductas de riesgo<sup>11,29</sup>.

Esta primera generación de programas se basaba en la suposición de que, aumentando los conocimientos sobre los TCA, disuadiría a los individuos de iniciar conductas inapropiadas y consecuentemente reduciría las tasas de desarrollo<sup>16</sup>.

Se ha demostrado que estos programas tradicionales, basados en proveer información a los participantes, eran insuficientes para inducir corrección de hábitos no saludables, ya que provocaban cambios solo a nivel de los conocimientos, pero no a nivel de actitudes y conductas<sup>11</sup>. Por tanto, no es sorprendente que estas intervenciones psicoeducativas proporcionaran resultados escasos en prevenir los TCA<sup>16</sup>.

Tratar de psicoeducar, exponiendo los factores de riesgo, la clínica y las consecuencias de los TCA, a los participantes de un programa de prevención, puede ser contraproducente e incluso potencialmente perjudicial en los individuos. Diversos autores sugieren que una difusión indiscriminada de información sobre los TCA puede crear, a la población adolescente, atractivo su desarrollo. De este modo, se asume el riesgo de crear modelos de imitación y convertir al trastorno en un estilo de vida<sup>14,18</sup>. Por otro lado, hay quienes plantean que proveer información de forma inapropiada puede dar lugar a actitudes de alarma innecesaria, causando el efecto contrario al deseado<sup>14</sup>.

Resulta evidente que los programas que solo informan sin modificar actitudes ni conocimientos causan efectos iatrogénicos, dando lugar a un semillero de nuevos casos.

#### 4.2. Segunda generación.

A partir de los noventa existe un creciente interés por desarrollar intervenciones de prevención más innovadoras. Los programas de esta segunda generación, continúan incluyendo contenidos de carácter didáctico, pero se centran en desarrollar resistencias y estrategias de afrontamiento a las presiones socioculturales sobre el modelo estético corporal que hace culto a la delgadez<sup>11,29</sup>.

Estas intervenciones se basaban en que si actuaban dando información sobre el papel que juega la presión social en el desarrollo de este tipo de trastornos, disminuirían la aparición de conductas alimentarias de riesgo. A pesar de este nuevo enfoque, seguían teniendo una base psicoeducativa que conllevaba a que ciertos programas tuvieran resultados controvertidos<sup>29</sup>.

#### 4.3. Tercera generación.

En los últimos años se han desarrollado una variedad de programas de prevención, incluyendo intervenciones menos didácticas y más interactivas sobre poblaciones de alto riesgo. Estas características incluidas en intervenciones destinadas a fortalecer al huésped, a través de la reducción de las presiones socioculturales o de pautas que indirectamente protegen de un TCA, muestran resultados de elevada efectividad<sup>11, 16, 29</sup>.

##### 4.3.1. Reducción de presiones socioculturales.

La presión sociocultural juega un papel muy importante en el desarrollo de los TCA. Se trata de un factor de riesgo que, a través de intervenciones como la disonancia cognitiva o alfabetización mediática, se puede reducir o eliminar.

Los programas de prevención basados en la disonancia cognitiva sugieren resultados muy eficaces, sobre todo en individuos de alto riesgo. Para entender este término se debe caer en el supuesto de que todo individuo procura lograr coherencia o consistencia interna de sus opiniones y actitudes. Cuando existe una desarmonía entre estas, se crean las llamadas

disonancias cognitivas, que provocan un estado psicológico incómodo y hacen que el individuo intente reducirlas para volver de nuevo a ese equilibrio<sup>16</sup>.

Las intervenciones basadas en este modelo presentan como objetivo disminuir la internalización del ideal de delgadez, que ejerce la presión sociocultural, reduciendo otras variables relacionadas, como los deseos de adelgazar, la insatisfacción corporal o el afecto negativo<sup>16</sup>.

Así mismo, intenta crear un estado psicológico de incomodidad, estimulando a los individuos a actuar y a hablar en contra del ideal de belleza basado en la delgadez. Este estado de malestar se va reduciendo a medida que el individuo consigue minimizar la internalización del ideal, que a su vez conduce a la disminución de otros factores de riesgo y consecuentemente al no desarrollo de un cuadro clínico<sup>11,30-32</sup>.

Por otra parte, la presión ejercida por medios de comunicación sobre los cánones de belleza, constituye un factor predisponente en el desarrollo de un TCA. A través de intervenciones de alfabetización mediática, en las cuales se educa a los participantes a elaborar y desarrollar un juicio crítico sobre el contenido de los medios de comunicación, se disminuye la internalización del ideal de belleza y otras variables de riesgo relacionadas<sup>16,33</sup>.

#### 4.3.2. Fomento de factores protectores.

En las últimas revisiones sistemáticas del siglo XXI se pueden identificar otros programas muy prometedores dirigidos a fortalecer al huésped, eliminando los factores de riesgo, a través de pautas que indirectamente protegen a desarrollar este tipo de desorden alimentario<sup>11</sup>.

Los programas dirigidos a la aceptación corporal, al fortalecimiento del autoestima y autoconfianza, a la potenciación de habilidades sociales, al fomento de hábitos saludables como la actividad física o alimentación adecuada y aquellas dedicadas a mejorar las relaciones familiares, permiten en gran medida, proteger de forma indirecta el desarrollo de esta enfermedad<sup>19</sup>.

Intervenir en el contexto familiar a través de diferentes mensajes puede promover un buen funcionamiento del mismo y prevenir el desarrollo de conductas de riesgo por parte de los usuarios. Diversos estudios demuestran que realizar una comida saludable al día en casa con la familia, facilitar la comunicación entre los miembros, evitar temas que giren compulsivamente sobre la imagen y la alimentación o bromas sobre el peso o la forma de comer, se asocia con menor vulnerabilidad en desarrollar este tipo de trastornos<sup>3,28,34</sup>.

### 5. Programas de prevención primaria.

Teniendo como referencia el marco teórico expuesto y con el objetivo de responder y dar cobertura a la problemática social, que supone el incremento de casos con trastornos de alimentación, se han diseñado e implementado diversos programas de prevención primaria.

#### 5.1. A nivel internacional.

Distintos estudios afirman que existen tres programas que han producido verdaderamente efectos preventivos respecto a los TCA hasta día de hoy. Han resultado muy prometedores el programa The Body Project, basado en la disonancia cognitiva y aceptación corporal, Student Bodies, fundamentado en intervenciones cognitivo-conductuales de la insatisfacción corporal y Healthy Weight Intervention, el cual utiliza técnicas motivacionales sobre alimentación y ejercicio físico saludable<sup>11</sup>.

## 5.2. A nivel nacional.

Actualmente, las intervenciones de prevención primaria de TCA han progresado en lo que se refiere a efectividad, sin embargo, todavía no se llevan a cabo las suficientes que permitan incidir en la reducción de casos anuales, los cuales aumentan con los años. Un factor que potencia esta situación es la falta de conocimiento y entrenamiento de los profesionales de AP. Se puede decir que se trata de una tarea pendiente para el sector de AP.

La mayoría de las actuaciones dirigidas a la prevención primaria de los desórdenes alimentarios son llevadas a cabo por asociaciones y profesionales expertos. Por otro lado, es difícil encontrar intervenciones enfocadas exclusivamente a la prevención primaria, ya que la mayoría de los programas a nivel nacional, además de presentar como objetivo principal reducir la incidencia, tienen como propósito adicional la detección de usuarios no diagnosticados.

A continuación, se mencionan los programas más prometedores que se han desarrollado en los últimos años en España. Cabe destacar que todos ellos pueden ser adaptados y llevados a cabo por los profesionales de enfermería de AP en el ámbito social comunitario.

### 5.2.1. Programa Alimentación, Modelos Estético Femenino y Medios de Comunicación. Como formar alumnos críticos en educación secundaria. AMEMC.

Un programa de prevención que viene desarrollándose desde el año 2001 en Terrassa (Barcelona) es el “Programa Alimentación, Modelos Estético Femenino y Medios de Comunicación. Como formar alumnos críticos en educación secundaria” (AMEMC). El cual ha sido ampliado y mejorado con los años hasta ser publicado por Raich, Sánchez y López en el año 2008<sup>14</sup>.

Consta de tres sesiones de una hora y media, dirigido a estudiantes de secundaria de entre 12-14 años. En el programa se desarrollan tres temáticas, la alimentación y nutrición, crítica del modelo estético femenino y modelo estético femenino en los medios de comunicación. Se ha demostrado durante los años que el programa presenta un gran impacto preventivo de las conductas alimentarias de riesgo y en la interiorización del ideal estético de belleza<sup>11,14</sup>.

### 5.2.2. Taller de prevención para los TCA en la comunidad de Valencia.

Paralelamente, con el deseo de contribuir a la labor de prevenir la aparición de los TCA, Mercedes Jorquera en el año 2004 llevó a cabo un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad de Valencia, dividido en dos fases<sup>11,14</sup>.

La primera fase presentaba un taller de una única sesión de 60 minutos, dirigida a adolescentes de 11 a 19 años, que se complementaba con una sesión de 90 minutos, dirigida a profesores y a padres. El formato era psicoeducacional, informando sobre la enfermedad y la influencia del factor sociocultural en el desarrollo de la enfermedad<sup>11,14</sup>.

Las diversas limitaciones de este programa, hizo que se pusiera en marcha un nuevo formato más específico, interactivo y de mayor número de sesiones. El nuevo taller que se realizó, durante la segunda fase, fue dirigido a una población más específica de entre 12 a 16 años y se amplió a dos sesiones de una hora de duración cada una, que se impartían de manera semanal. El taller era mayormente interactivo, tratando temas sobre el desarrollo del sentido crítico hacia la publicidad y estereotipos de belleza. El programa fue muy efectivo ya que consiguió un cambio en las actitudes y comportamientos e hizo que los adolescentes desarrollaran un juicio crítico ante las presiones sociales<sup>11,14</sup>.

### 5.2.3. “Tu sí que molas”.

Del mismo modo, otro programa a nivel nacional que tuvo repercusión fue el programa “Tu sí que molas”, llevado a cabo como un estudio piloto por Izquierdo y Sepúlveda en el año 2013 en Madrid. Fue dirigido a preadolescentes de educación primaria, en el cual se abordaron 8 talleres de una hora de duración, presentando como objetivos promover la satisfacción y estigma corporales, la autoestima, las habilidades de resoluciones de problemas, la actitud crítica, los hábitos saludables y la expresión de emociones. A pesar de ciertas limitaciones, el programa tuvo resultados favorables ya que produjo cambios significativos en reducción de actitudes y comportamientos alimentarios no saludables, así como una mejoría por parte de los participantes a la hora de afrontar situaciones de exigencias de otros usuarios o medios de comunicación<sup>11</sup>.

### 5.2.4. Programa preventivo Zarima.

En España uno de los programas más prometedores en prevención de los TCA, que ha supuesto un punto y aparte en este campo, es el programa preventivo Zarima. El grupo Zarima Prevención es un equipo multidisciplinar de profesionales de enfermería y psiquiatría fundamentalmente, además de psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, que buscan disminuir la probabilidad de desarrollar el trastorno y detectar precozmente nuevos casos a través de un programa manualizado<sup>11,35</sup>.

El programa preventivo Zarima consiste en cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración dirigido a estudiantes de 1º de educación secundaria obligatoria (ESO), los cuales están en seguimiento y son reevaluados al año y a los dos años del inicio. Se trata de un programa integrado en el horario escolar, con actividades en pequeño grupo que tratan temas relacionados con la alimentación, la imagen corporal, la autoestima, las habilidades sociales y comunicativas, el entrenamiento asertivo, el juicio crítico a los medios de comunicación, la influencia sociocultural y las habilidades para resistir la presión social. Además de intervenir en los estudiantes de 12 años, ofrece trabajar paralelamente con la familia y profesores en el ámbito escolar<sup>11,35</sup>.

El primer programa llevado a cabo fue en 1999 en Zaragoza, el cual tuvo un seguimiento en el año 2000 y 2002, presentando resultados estadísticamente significativos a nivel de modificación de conductas, así como de disminución de incidencia. Este gran impacto positivo a nivel preventivo llevó a publicar un extenso manual llamado “Guía práctica. Bulimia y anorexia. Prevención de TCA” con siete capítulos teóricos con información para educadores y siete prácticos con objetivos y tareas para adolescentes y padres<sup>14</sup>. Esta publicación ha influenciado en diversas guías actuales sobre cómo realizar una prevención primaria eficaz<sup>5</sup>.

En el año 2007 se volvió aplicar el programa manualizado Zarima en colegios de tres poblaciones españolas, Santiago de Compostela, Santander y Zaragoza. Los resultados en los años de seguimiento de 2008 y 2010 resultaron de nuevo muy exitosos, sobre todo en la capital Cantabria<sup>11</sup>.

### 5.2.5. Asociaciones y fundaciones familiares.

Existen diferentes asociaciones como AEETCA (Asociación para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria) APTAB (Asociación Española de Psicología Clínica para la Prevención y Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria) y FEACAB (Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia) y fundaciones familiares como ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia), ARBADA (Asociación Aragonesa de familiares de enfermos con trastornos de conducta alimentaria:

anorexia y bulimia) y ADEFAB (Asociación de Familiares de Anorexia y Bulimia de Burgos) entre otras, que han emprendido acciones preventivas cuyos resultados generan cierta esperanza en reducir la incidencia de estos trastornos<sup>11</sup>.

## **6. Recomendaciones.**

Tras la experiencia de años en prevención, en los diferentes contextos y en las distintas poblaciones, diversos autores se han esmerado en revisar los programas llevado a cabo, en busca de cuáles son las características comunes entre los programas que alcanzaron el éxito<sup>16</sup>.

Los programas de prevención de TCA eficaces utilizan una variedad de enfoques, relacionados con el contexto familiar, habilidades personales y hábitos saludables, para reducir y prevenir los trastornos de la alimentación. El éxito depende de que estos enfoques sigan una serie de pautas que favorezcan la prevención de los TCA:

- Dirigidos a población de alto riesgo. La evidencia científica afirma que las iniciativas de prevención dirigidas a sujetos con alto riesgo en desarrollar un TCA presentan mayor efectividad que aquellas dirigidas a la población general<sup>29,36</sup>. De hecho, se ha demostrado que las intervenciones selectivas además de reducir el desarrollo de nuevos casos con TCA, también disminuyen la propia evolución de la enfermedad<sup>16</sup>.

- Prevenir en participantes con edad mayor o igual a 15 años. Según los últimos programas efectuados en los últimos años, aquellos que incidieron en mujeres adolescentes de más de 15 años, tuvieron unos resultados a nivel preventivo muy favorables. Esto puede deberse a que la adolescencia es la población de riesgo por excelencia en el desarrollo de un trastorno de alimentación<sup>28, 29</sup>. Además, es en esta etapa donde comienza el desarrollo de las habilidades de razonamiento e introspección, por lo que será más fácil modificar actitudes e incorporar nuevas conductas<sup>16</sup>.

- Ser interactivo. Los programas que tienen como base única la psicoeducación producen resultados poco eficaces y en ocasiones contraproducentes, ya que se encuentran meramente limitados a la transmisión de información, cambiando únicamente conocimientos. Las intervenciones más prometedoras y que presentan mayor margen de éxito son aquellas que combinan la psicoeducación con un formato interactivo. Las últimas revisiones sistemáticas muestran que hacer partícipe al usuario, implicándole en el contenido de la intervención, le facilita a adquirir habilidades y cambios actitudinales y conductuales<sup>16</sup>.

- Contenido protector. Las aproximaciones indirectas a través de pautas que protegen el desarrollo de un desorden alimentario producen resultados más positivos, que aquellas intervenciones que abordan directamente los factores de riesgo y las consecuencias<sup>29</sup>. A través de diferentes mensajes, dirigidos al individuo y a la familia, potenciando las habilidades personales y el desarrollo de hábitos saludables como la alimentación saludable y la actividad física, se pueden reducir en gran medida la incidencia del trastorno.

- Multis sesiones. Los investigadores han demostrado que los programas breves de una sesión única son insuficientes para provocar un cambio duradero de actitudes y conductas, por lo que no son muy eficaces a nivel de prevención. Sin embargo, aquellos que se desarrollan a lo largo de varias sesiones permite a los participantes reflexionar sobre el material de la intervención y consecuentemente, les facilita la internalización de los contenidos y los cambios de comportamiento, alcanzado así los objetivos deseados<sup>16,29</sup>.

- Educar en el ámbito familiar y escolar. La experiencia clínica y la investigación han mostrado que el marco escolar es un campo poderoso para el trabajo de prevención, siendo determinante el papel de la enfermería comunitaria. Permite acceder a prácticamente toda la

población de riesgo, la cual pasa más de un cuarto de su tiempo en este lugar, y a sus familiares, quienes desempeñan un papel esencial en el ambiente social de los jóvenes. Del mismo modo, ofrece una infraestructura para llevar a cabo las intervenciones. Los padres junto con los profesores, los entrenadores y otros miembros de la escuela deben incorporarse a las intervenciones para lograr el mayor grado de éxito de las mismas<sup>11,16</sup>.

- Dirigidos por profesionales formados y entrenados. Los resultados de diferentes trabajos que evalúan las diversas formas de implementación de los programas de prevención primaria en los TCA, indican que aquellas intervenciones llevada a cabo por profesores son menos eficaces que aquellas dirigidas por profesional entrenado<sup>11</sup>. Diversos autores lo atribuyen a que estos proveedores endógenos, maestros o educadores, no presentan el suficiente conocimiento para llevar a cabo programas eficaces, conllevando a intervenciones difusas que puedan provocar resultados inversos a los esperados. Por otro lado, otros sustentan que los participantes sienten que este tipo de programas deberían realizarse por otros profesionales, diferentes a los educadores, por lo que no interiorizan los contenidos y no llevan a cabo cambios de conducta<sup>29, 37</sup>. Por ello, es fundamental que los profesionales de enfermería de AP se encuentren formados y entrenados para llevar a cabo de la forma más eficaz las estrategias de prevención primaria de los TCA.

## CAPÍTULO 2: PREVENCIÓN SECUNDARIA

---

La integración entre los diferentes niveles de prevención es esencial para intervenir de forma precoz en los trastornos de la conducta alimentaria<sup>11</sup>. Por ello, los esfuerzos, además de estar dirigidos a realizar una eficaz prevención primaria, deben encaminarse a la detección temprana de los casos existentes de TCA<sup>38,39</sup>.

La revisión de los estudios publicados hasta la fecha, muestra que una combinación de las propuestas de prevención primaria y secundaria, mejoran el pronóstico y las posibles repercusiones sanitarias, sociales y económicas que conllevan este tipo de enfermedad<sup>11</sup>.

Según la OMS, la prevención secundaria es el conjunto de acciones destinadas a disminuir la prevalencia, en una población aparentemente sana, pero en estadio latente, es decir, con incipientes conductas anómalas, pero sin existencia de manifestaciones clínicas. El objetivo principal es disminuir la evolución y duración del trastorno, reduciendo el periodo entre la aparición de las primeras señales de alarma, el diagnóstico y el tratamiento<sup>11</sup>.

### **1. El impacto de la prevención secundaria en el pronóstico de la enfermedad.**

La realidad epidemiológica de los TCA, siendo actualmente una enfermedad creciente, invita a los profesionales sanitarios a la elaboración de intervenciones dirigidas a disminuir su prevalencia. La investigación empírica muestra que un retraso en la identificación de los casos clínicos conduce a una mayor morbilidad y mayor predisposición a complicaciones<sup>3</sup>. Por otro lado, se ha demostrado que cuanto mayor es el tiempo entre la aparición de las primeras señales de alarma y el momento en el que reciben ayuda, mayor es la gravedad y peor es el pronóstico<sup>5</sup>.

Con el objetivo de evitar esta situación, la prevención secundaria desarrolla programas dirigidos a la detección de los usuarios en las etapas tempranas del trastorno<sup>11,14</sup>. Esta intervención seguida de la derivación a dispositivos competentes para un tratamiento especializado, permite el control de la enfermedad y la reducción significativa de la prevalencia<sup>40</sup>. La adopción de estas medidas, además de repercutir favorablemente en el pronóstico del usuario, impacta potencialmente en los recursos económicos, sanitarios, sociales y familiares que se encuentran asociados<sup>11</sup>.

#### **1.1. Una situación de infra diagnóstico.**

A pesar de lo importante que resulta realizar una detección precoz de casos con un TCA, actualmente no se efectúan tantas intervenciones, a nivel de atención primaria, como se deberían. Según diversos autores existen diversas variables que potencian un diagnóstico tardío, conllevando a cuadros clínicos de gravedad y a un aumento de prevalencia con los años<sup>41</sup>.

Un factor que potencia esta situación es la dificultad de identificar esta enfermedad, sino es por un profesional experto. Los TCA son patologías que fácilmente pasan desapercibidas hasta que se encuentran en estadios avanzados o supongan una amenaza para el estado de salud de los individuos<sup>29</sup>. La mayoría de los usuarios no presentan conciencia de la enfermedad o tienden a ocultarla, no soliendo pedir ayuda, hasta años después del inicio del trastorno, cuando el problema ya está avanzado<sup>5,6, 42</sup>. A esto se añade, el escaso conocimiento, por parte de los profesionales de AP, sobre la sintomatología asociada y las medidas de actuación ante una sospecha de TCA, favoreciendo una situación de infra diagnóstico y un peor pronóstico para los usuarios<sup>6,43</sup>.

Estos factores no son los únicos que contribuyen a un diagnóstico tardío, la falta de tiempo real en las consultas de AP, por la gran presión asistencial, impide profundizar en la atención integral de los individuos y realizar intervenciones preventivas y de detección precoz<sup>42</sup>.

Por otro lado, el hecho de que las consultas programadas en AP se realicen hasta los 14 años, genera que el adolescente deje de tener un seguimiento periódico en la fase por excelencia de mayor riesgo en el desarrollo de un TCA. La baja demanda asistencial, de estos pacientes a partir de esta edad, que con frecuencia es enmascarada por problemas orgánicos, dificulta la detección precoz de casos no diagnosticados<sup>3,13,44</sup>.

## **2. Detección precoz de las señales de alarma.**

La detección precoz de casos con TCA no es una tarea fácil, pero no por ello debe de eludirse. Los profesionales de atención primaria deben concienciarse de la importancia de intervenir en las fases tempranas de esta enfermedad y dar un paso al frente<sup>41</sup>.

Según diversos autores, conocer e identificar las señales de alarma del trastorno ayuda en gran medida a la detección precoz de casos. Para ello, los profesionales de salud de AP no deben trabajar solos, deben intervenir sistemáticamente y conjuntamente con las familias, las cuales detectan más de un 60% de los casos<sup>45</sup>. Es necesario un trabajo continuado con ellos y el diseño de materiales específicos que faciliten su labor<sup>11</sup>.

Las señales de alarma se definen como aquellos comportamientos que puedan estar relacionados con la existencia de la enfermedad. No se tratan de criterios diagnósticos, es decir, no confirman la enfermedad, pero si aproximan al profesional de salud a la detección del trastorno en las fases de inicio<sup>46</sup>.

Los cambios característicos que se aprecian en las personas que comienzan con un TCA vienen directamente relacionados con la alimentación. La evidencia señala que un comienzo injustificado de dietas restrictivas o ayunos prolongados, la aparición de sentimientos de culpa, preocupación y miedo a la comida y ciertos comportamientos alterados en la ingesta como cambios en la velocidad y manipulaciones, guardando la comida o apartándose de colectivos para comer a solas, pueden ser claros indicios de un cuadro clínico de TCA<sup>46-48</sup>.

Por otro lado, la insatisfacción personal constante, los cambios de humor con tendencia a estados depresivos, irritables y/o agresivos, la disminución de las relaciones sociales con aislamiento progresivo y las alteraciones del rendimiento académico o laboral, son conductas que pueden ser identificadas como señales de alarma para este tipo de enfermedades. Del mismo modo, la preocupación excesiva por perder peso, practicando ejercicio físico en exceso y de forma compulsiva, puede confirmar las sospechas de un inicio de desarrollo de TCA<sup>5,48,49</sup>.

Es en este momento, cuando el individuo aparentemente sano, sin manifestaciones clínicas, pero con incipientes conductas de un TCA, debería ser detectado por el equipo de AP. Conocer de forma directa, por parte de los individuos, esta situación es complicado, ya que habitualmente se resisten a reconocer el problema y a recibir ayuda. Por ello, es de vital importancia que el profesional sanitario, a través de herramientas de cribado, identifique la existencia de estos comportamientos incipientes para poder incidir lo antes posible en ellos<sup>3,43</sup>.

Cabe mencionar, que actualmente no existe ningún instrumento de detección precoz para TCA protocolizado en los programas de prevención de AP. Debido a ello, este tipo de trastornos se tienden a detectar cuando el individuo acude a demanda por otro tipo de problema de salud, relacionado con la sintomatología desencadenante del mismo. El profesional sanitario también debe estar relacionado con los diferentes signos y síntomas, ya que la rápida identificación de los mismos, también permite agilizar el proceso asistencial<sup>43</sup>.

Según la Guía de Práctica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria la sintomatología por la que tienden a acudir, la mayoría de los casos con un TCA, a las consultas de AP son: un índice de masa corporal (IMC) bajo en comparación con los valores de referencia según la edad, consultas



por problemas de peso sin sobrepeso, mujeres con trastornos menstruales o amenorrea, síntomas gastrointestinales, signos físicos de inanición o vómitos repetidos sin explicación somática clara o retraso o estancamiento del crecimiento entre otros<sup>3</sup>.

### **3. Una eficaz herramienta de cribado. Los cuestionarios.**

Dada la importancia en detectar las señales de alarma, diversos autores confluyen que se podría usar pruebas de cribado simples, breves, de bajo coste económico y validadas, durante las consultas de los niños/adolescentes sanos, para detectar casos potenciales de TCA. De igual modo, proponen que la utilización de estos programas con otros dedicados a la prevención del consumo de tabaco, alcohol, drogas y sexo seguro, ofrecerían una gran oportunidad para actuar de forma integrada y precoz en los diferentes problemas que mayormente afectan a la población joven<sup>3,13</sup>.

Se ha demostrado que los cuestionarios autoadministrados son una herramienta muy útil para evaluar de forma rápida y sistemática la existencia de señales de alarma, ya que permiten abarcar contenidos sobre los hábitos personales de alimentación, el peso, el ejercicio físico, la percepción de la figura corporal, la autoestima y las relaciones con el entorno familiar y social<sup>3</sup>.

Este tipo de instrumentos, a pesar de que permiten una aproximación indirecta a casos potenciales de TCA, resultan insuficientes para establecer un diagnóstico. Se requiere, además de esta primera fase de cribado, someterse a otras exploraciones y pruebas complementarias para la confirmación del mismo<sup>3,11</sup>.

Resulta imprescindible el papel que puede ejercer el equipo de AP en la prevención secundaria de los TCA, ya que suelen ser el primer ámbito de atención de un individuo con un trastorno alimentario incipiente. La contribución de los diferentes profesionales, en concreto, del enfermero/a, detectando las señales de alarma en las fases tempranas a través de los cuestionarios, facilita el diagnóstico precoz y reduce el periodo de los individuos en recibir un tratamiento eficaz<sup>38</sup>.

#### **3.1. Cuestionarios autoadministrados a los usuarios.**

Actualmente los cuestionarios más adaptados y validados a nivel nacional, que muestran resultados favorables para valorar casos incipientes de TCA en el ámbito de AP, son<sup>3</sup>:

- SCOFF (a partir de los 11 años) para TCA en general.
- EAT-40, EAT-26 y ChEAT (este último entre los 8 y los 12 años) para AN.
- BULIT y BITE (ambos a partir de los 12-13 años) para BN.

A pesar de que algunos de ellos se han desarrollado para identificar subtipos específicos de TCA, todos permiten descartar un individuo sano de un usuario en fase latente de la enfermedad. Por ello, cualquiera de estos cuestionarios puede utilizarse de forma oportunista en cualquier consulta, a demanda o programada, ya que presentan como objetivo común la detección precoz de casos con TCA. Eso sí, se recomienda a los profesionales de AP que utilicen las diferentes versiones en función de la edad de los usuarios (*Anexo 4*)<sup>3</sup>.

##### **3.1.1. The Sick, Control, Out weight, Fat, Food Questionnaire. SCOFF.**

El cuestionario SCOFF, elaborado por Morgan J. en 1999, es un instrumento de cribado breve y sencillo que permite en cinco minutos la detección de señales de alarma de un cuadro incipiente de TCA<sup>50</sup>. Su uso se recomienda a partir de los 11 años de edad<sup>3</sup>.

La versión española, adaptada y validada por García-Campayo J. en 2004, consta de cinco preguntas dicotómicas que valoran si existe pérdida de control o temor sobre la ingesta, purgas

e insatisfacción corporal<sup>51</sup>. El rango de puntuación oscila entre 0 a 5 puntos, considerando el “sí” con un punto y el “no” con cero puntos. Una puntuación total de 2 o más puntos identifica la persona como caso incipiente de TCA<sup>3,50</sup>.

Esta herramienta presenta una sensibilidad y especificidad del 98 % y 94 % respectivamente<sup>3</sup>, a esto se añade la brevedad y facilidad de administración, haciendo de este instrumento una de las mejores herramientas de cribado para la detección precoz de TCA en las consultas de AP<sup>52</sup> (*Anexo 5*)<sup>3</sup>.

### 3.1.2. The Eating Attitudes Test. EAT.

En 1979 Garnel y Garfinkel elaboraron un cuestionario de 40 ítems con el objetivo de evaluar la existencia de actitudes alimentarias anómalas, relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos<sup>3,41</sup>. Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que va desde nunca a siempre, presentando un rango de puntuación de 0 a 120, con el punto de corte en mayor o igual a 30. La versión fue adaptada y validada en España en 1991 por Castro J<sup>3,53</sup>.

Actualmente, se trata de una herramienta de cribado que requiere de un periodo de tiempo que las consultas de AP no pueden ofrecer. Por ello, en vez de esta herramienta, tiende a utilizarse la versión adaptada, EAT-26, creada en 1982 por Garner DM, quien eliminó los catorce últimos ítems, ya que no aumentaban la capacidad predictiva del cuestionario sobre la patología alimentaria<sup>3,54</sup>.

El EAT-26, validado en España en 2003 por Gandarillas A, distribuye sus 26 ítems en tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer, y control oral. Se valora con la misma escala de Likert de 6 puntos, con un rango de puntuación de 0 a 78, presentando el punto de corte en mayor o igual a 20. Consta de una buena sensibilidad y especificidad, con un 59% y 93% respectivamente, siendo el porcentaje de bien clasificados del 92%, mientras que el valor predictivo positivo (VPP) es bajo con un 23%. Se trata de un buen instrumento para realizar detección precoz de TCA, identificando en su mayoría casos con incipientes conductas a desarrollar AN, sin embargo, presenta ciertas limitaciones, ya que no es capaz de diferenciar entre grupos de AN restrictiva y BN<sup>3,40</sup> (*Anexo 6*)<sup>3</sup>.

Paralelamente, en 1988 Maloney desarrolla una nueva versión del cuestionario EAT-40 a raíz de la dificultad de comprensión por niños de entre 8 a 12 años. Elabora una herramienta autoadministrada para detectar problemas de conducta alimentaria en niños de esta franja de edad, denominado ChEAT (Children Versión of the EAT). Este instrumento fue validado en España en 2008 por Gracia M. con unos resultados de fiabilidad y validez similares al estudio original. Se trata de una versión compuesta por 26 ítems, con escala de Likert de 6 puntos, con una puntuación de corte mayor o igual a 20<sup>3,55</sup> (*Anexo 7*)<sup>3</sup>.

### 3.1.3. Bulimia Test. BULIT.

El cuestionario BULIT, elaborado en 1984 por Smith MC. y Thelen MH, es un instrumento fiable, válido y objetivo, que permite identificar a los usuarios en las fases tempranas de un TCA, concretamente en el inicio de un cuadro clínico de BN. Su uso se recomienda a partir de los 12 años de edad<sup>55</sup>.

La adaptación española realizada en 2007 por Vázquez AJ, consta de 32 ítems distribuidos en cinco áreas: atracones o descontrol de las comidas, malestar, vómitos, tipo de alimento y fluctuación de peso. Además de estos 32 ítems existen otros cuatro con carácter informativo sobre el uso de laxantes, diuréticos y presencia de amenorrea en mujeres<sup>56</sup>.

Cada uno de los ítems se puntúa mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. Este cuestionario permite obtener una puntuación global, además de cinco puntuaciones correspondientes a las cinco dimensiones. La suma global de todos los ítems, exceptuando aquellos de carácter informativo, permite obtener una puntuación entre 32 y 160, teniendo el punto de corte en mayor o igual a 88 puntos<sup>3,55</sup> (*Anexo 8*)<sup>3</sup>.

Este instrumento permite clasificar correctamente a un 90% de las personas con BN y a un 100% de personas sin TCA. La sensibilidad, especificidad, VPP y valor predictivo negativo (VPN) fueron del 95%, 98%, 91% y 99%, respectivamente, confirmando que se trata de una herramienta de cribado eficaz<sup>3</sup>.

#### 3.1.4. Bulimia Investigatory Test Edinburgh. BITE.

El cuestionario BITE, al igual que el instrumento BULIT, persigue realizar una detección precoz en sujetos, con edad superior a los 12 años, con BN en estadio latente. Esta herramienta de cribado fue diseñada en 1987 por Henderson y Freeman. En 2004 T Rivas desarrolla una versión adaptada y validada a nivel nacional<sup>3</sup>.

Este cuestionario autoadministrado consta de 33 ítems divididos en dos subescalas. Por un lado, la escala de los síntomas formada por 30 ítems con una puntuación máxima de 30 y con un punto de corte igual o mayor a 20, permite evaluar el número y grado de los mismos. Por otro lado, la escala de gravedad compuesta por 3 ítems con una puntuación máxima de 39 y con un punto de corte igual o mayor a 5, busca conocer la frecuencia con que se producen las conductas patológicas. Una puntuación total igual o mayor de 25 puntos es indicativa de TCA grave<sup>3,55</sup>.

Se trata de un cuestionario diseñado para realizarse en 10 minutos o menos, lo que permite llevarse a cabo en las consultas de AP. Los resultados de sensibilidad, especificidad y VPP en el estudio original fueron perfectos, siendo del 100% cada uno de ellos (*Anexo 9*)<sup>3</sup>.

### 4. Actuación ante una sospecha de TCA.

Como bien sabemos, la detección de las señales de alarma, a través de los instrumentos de cribado, no permite el diagnóstico precoz de individuos con un desorden alimentario. Por ello, tras la realización de los cuestionarios de forma oportunista en las consultas de AP, los profesionales sanitarios, ante una puntuación que determine una sospecha de TCA, diseñarán diferentes estrategias de actuación, con el objetivo de que los usuarios sean abordados lo más rápido posible<sup>3,43</sup> (*Anexo 10*)<sup>3</sup>.

La contribución de la enfermera de AP en esta segunda fase de cribado es determinante ya que, a través de la entrevista y la exploración física, psicopatológica y conductual y pruebas complementarias, facilitará el diagnóstico precoz de casos con TCA y la derivación temprana de los mismos a áreas especializadas para su tratamiento, logrando de este modo, una prevención secundaria eficaz y consecuentemente, una disminución de la prevalencia.

#### 4.1. Contribución del profesional de enfermería al diagnóstico.

##### 4.1.1. Anamnesis.

Antes de abordar a pacientes con sospecha de un TCA, se debe partir de la premisa de que se tratan de individuos con falta de conciencia de la enfermedad, con tendencia a la negación del trastorno y con escasa motivación al cambio. En base a ello, es fundamental que, durante todo el proceso de anamnesis, el profesional sanitario establezca con el individuo una relación terapéutica basada en la confianza y respeto, mostrando interés por ayudarlo, y evitando, juicios de valor, culpa o amenazas<sup>18,41</sup>. La evidencia señala que la empatía, el compromiso y apoyo que

reciba el individuo durante la entrevista clínica, va a determinar en gran medida el éxito de la detección de casos, puesto que va a permitir la expresión de miedos ocultos hacia conductas alteradas características de los TCA<sup>3</sup>.

Del mismo modo, diversos autores señalan que la transmisión de privacidad y confidencialidad facilita en gran medida la apertura emocional del usuario, y consecuentemente, ayuda al profesional sanitario a realizar una entrevista clínica exitosa. Por ello, se recomienda que en caso de que los pacientes se encuentren acompañados en la consulta, se debe pedir a la familia, en el momento de la entrevista, que se ausente, con el objetivo de que el paciente pueda expresarse libremente<sup>3,18</sup>.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre los TCA, el profesional sanitario deberá hacer preguntas indirectas, de respuesta abierta y no siendo expresadas de forma inductora<sup>57</sup>. Por otro lado, deben estar relacionadas con el aspecto físico (peso, piel, mucosa, menstruación), los aspectos emocionales (angustia, depresión, aislamiento social, problemas del sueño), los aspectos conductuales (dietas, ejercicio, atracones, extravagancias con la comida, hábitos alimentarios personales y familiares, conductas purgantes) y los aspectos cognitivos (distorsión de la imagen, conciencia de enfermedad)<sup>3</sup>.

Cabe mencionar, que el entorno social, y sobre todo familiar, juega un papel esencial en la confirmación del diagnóstico, por ello, el profesional de enfermería deberá conocer y estudiar el medio familiar y establecer una relación terapéutica que permita ayudar a la detección precoz de casos<sup>3</sup>.

#### 4.1.1.1. Entrevistas semiestructuradas. ¿Un recurso factible en AP?

Las entrevistas semiestructuradas son una herramienta eficaz, utilizadas por los profesionales de enfermería para ayudar al equipo médico a la confirmación del diagnóstico<sup>50</sup>. Dentro del ámbito de los TCA, aquellas que han sido más utilizadas son: la sección H de Composite International Diagnostic Interview (CID-I) desarrollada por la OMS en 1990 y Eating Disorders Examination (EDE) desarrollada por Cooper y Fairburn en 1987<sup>3,50</sup>. Ambas se adecuan a los criterios diagnósticos definidos por los manuales diagnósticos DSM-IV-TR y CIE-10<sup>58</sup>.

La evidencia científica señala que la entrevista semiestructurada hasta la fecha más fiable y mejor validada para el diagnóstico de TCA es la versión número 12 de la EDE. Fue desarrollada en 1993 por Fairburn y Cooper y adaptada al castellano por Raich MR. en 1994, con base en los criterios clínicos del DSM-IV-TR y CIE-10<sup>3</sup>. Consta de 62 preguntas que evalúan cuatro subescalas: la restricción alimentaria, la preocupación por la comida, el peso y la figura. El entrevistador evalúa en 60 minutos con una escala de 0 a 6 puntos la intensidad y frecuencia de respuesta, obteniendo una puntuación a nivel de ítems, subescalas y global<sup>58</sup>.

A pesar de que las entrevistas semiestructuradas son consideradas instrumentos de alta efectividad para la confirmación del diagnóstico, ¿son factibles para el ámbito de AP?. La extensa duración que conlleva su realización, supone un gran inconveniente en las consultas de AP. No siendo el único obstáculo en su ejecución, se añade que, en la actualidad no existe una entrevista semiestructurada adaptada a los criterios diagnósticos del DSM-V. En base a ello, diversos autores establecen como alternativa, que el profesional sanitario de AP, después de la sospecha de TCA, realice preguntas relacionadas con los criterios diagnósticos del DSM-V, con el propósito de reducir la duración de la propia entrevista y realizar un proceso acorde a los criterios clínicos actualmente establecidos<sup>3,58</sup>.

En este momento, continúa pendiente la elaboración de una entrevista semiestructurada que pueda llevarse a cabo en el ámbito de atención primaria y que incluya los criterios diagnósticos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V.

#### 4.1.2. Exploración física, psicopatológica y conductual y pruebas complementarias.

Al tratarse de una enfermedad con repercusiones físicas, es necesario que el equipo de AP realice una exploración a este nivel. La exploración física resulta ser una pieza necesaria, pero insuficiente para establecer un diagnóstico médico, se requiere previamente de una efectiva anamnesis, así como de otras exploraciones y pruebas complementarias. No obstante, se trata de una fase crucial, que persigue valorar el estado nutricional del paciente y detectar las posibles alteraciones físicas secundarias a las restricciones alimentarias o a las conductas purgativas<sup>3</sup>.

El profesional de enfermería en AP, a través de diferentes actuaciones en su consulta, aproximará al equipo médico a la confirmación del diagnóstico, en base a los criterios clínicos del DSM-V. Valorará y tomará las constantes vitales, la talla, el peso, el índice de masa corporal, el grado de deshidratación, el pliegue cutáneo y la presencia de sequedad de mucosas o de edemas entre otras<sup>48</sup>.

Además, se encargará de realizar una exploración psicopatológica y conductual, más exhaustiva que en la anamnesis, a través de cuestionarios, explorando los factores sociales, escolares y familiares del usuario. Existen cuestionarios que permiten evaluar aspectos relacionados con los TCA, como la insatisfacción y actitud producida por el propio cuerpo, la autoestima o las influencias culturales. Entre ellos destacan el BSQ (Body Shape Questionnaire), BIA (Body Image Assessment), BAT (Body Attitude Test), BES (Body-Esteem Scale) y CIMEC (Cuestionario de influencias del modelo estético corporal). Estos instrumentos no permiten la detección de casos con TCA, ya que, a pesar de que reconocen a un individuo no sano, no diferencian si se trata de un sujeto con TCA o con otro trastorno psicológico. Eso sí, permiten conocer la esfera psicopatológica y conductual del usuario<sup>3</sup>.

Por último, en base a los datos recogidos en la anamnesis y anteriores exploraciones, el profesional de enfermería según la orden médica, procederá a la realización de pruebas complementarias que permitirán apoyar el diagnóstico, pero nunca descartarlo. Entre ellas destacan la extracción de analíticas de sangre o la realización de electrocardiogramas entre otras<sup>48</sup>.

#### 4.2. Las rutas asistenciales.

Ante una presunción diagnóstica, los profesionales sanitarios de AP deben de informar al paciente y entorno familiar del problema y poner en marcha estrategias de actuación para que sean tratados lo antes posible. Conocer y manejar las rutas asistenciales más rápidas que debe seguir un paciente con TCA permite llevar a cabo una prevención secundaria eficaz<sup>18</sup>.

El equipo de AP, entre ellos el profesional de enfermería, debe conocer cuáles son los criterios de derivación, desde AP a los diferentes servicios sanitarios, con el objetivo de acortar el periodo de tiempo entre la aparición de las primeras señales de alarma y el momento en el que reciben ayuda. A pesar de lo evidente que resulta derivar lo antes posible a los usuarios con TCA a los servicios adecuados, muchos de los profesionales de AP desconocen este procedimiento y consecuentemente, provocan que los individuos con TCA pasen por diferentes recursos asistenciales, demorando el abordaje eficiente de su patología y provocando un aumento de complicaciones y de costes sanitarios<sup>3,43</sup>.

En base a la edad, el nivel de riesgo y las complicaciones físicas y psicológicas, los profesionales de AP decidirán si los usuarios con un desorden alimentario son tratados en el propio centro de AP o son derivados a la atención especializada. Según la Guía de Práctica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, los criterios de derivación de AP a centros o unidades de salud mental (USM) de adultos o infanto-juveniles son<sup>3</sup>:

- *Cuando existe un diagnóstico de TCA establecido.*
- *Pérdida de peso igual o superior al 10%-25% del peso, sin una causa que lo justifique.*
- *Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).*
- *Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas.*
- *Falta de consciencia de enfermedad.*
- *Si a pesar de seguir las pautas de la AP no mejoran el peso ni las conductas bulímicas.*

En el caso de que los usuarios se encuentren en una situación urgente, el centro de AP procederá a su derivación al servicio de Urgencias del hospital general. Según la Guía de Práctica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria los criterios de derivación son los siguientes<sup>3</sup>:

- *Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (30% en los últimos 3 meses).*
- *Alteraciones de la conciencia.*
- *Convulsiones.*
- *Deshidratación.*
- *Alteraciones hepáticas o renales severas.*
- *Pancreatitis.*
- *Disminución de potasio <3 mEq/l o sodio (<130 o >145).*
- *Arritmia grave o trastorno de la conducción.*
- *Bradicardia de <40 bpm.*
- *Otros trastornos ECG.*
- *Síncope o hipotensión con TAS <70 mmHg.*
- *HDA: hematemesis, rectorragias.*
- *Dilatación gástrica aguda.*

En presencia de un individuo con negativa absoluta a comer o beber, con sintomatología depresiva, con riesgo de autolisis o con conductas autolesivas importantes, se procederá inmediatamente a la derivación de AP al servicio de psiquiatría de un hospital para una valoración psiquiátrica urgente<sup>3</sup>.

## **5. Programas de prevención secundaria.**

Considerando el marco teórico expuesto anteriormente, la prevención secundaria en AP no es una tarea fácil, pero no por ello debe de obviarse. Su realización ofrece resultados muy positivos a nivel físico, psicológico y social de los individuos, reduciendo las complicaciones y mejorando el pronóstico, pero también resulta beneficioso a nivel de los recursos sanitarios.

Actualmente es muy inusual observar en las consultas de AP la administración de herramientas de cribado de TCA de forma oportunista, ya que no existe ninguna medida protocolizada en los programas de AP. Esto hace que los usuarios con un TCA incipiente no sean detectados hasta que no acudan a las consultas de AP por problemas secundarios al trastorno, es decir, en un estadio más avanzado, que favorece mayor grado de complicaciones, un pronóstico más infausto y mayores tasas de comorbilidad y cronicidad<sup>43</sup>.

A pesar de que a nivel de las consultas de AP no se han implementado ninguna medida de cribado, ciertos profesionales sanitarios y asociaciones concienciados de la magnitud del problema, han llevado a cabo estrategias de detección precoz de casos, con el objetivo de reducir la prevalencia del trastorno.

### **5.1. Detección e Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria. DITCA.**

El Programa de Salud DITCA es uno de los programas, a nivel preventivo, con mejores resultados en detección precoz de casos incipientes de TCA a nivel nacional. Se trata de una iniciativa puesta

en marcha desde 2001 por la Dirección General Salud Pública que, desde entonces, se oferta anualmente a la población adolescente, que imparte Enseñanza Secundaria Obligatoria en los centros docentes (públicos, privados o concertados), de la Comunidad Valenciana<sup>59</sup>. Se trata de un proyecto pionero a nivel europeo, en el que desde sus inicios han participado más de 1.500 centros y se han detectado más de 700 casos<sup>11</sup>.

El programa persigue la detección precoz de casos con TCA incipientes, pero también la promoción de hábitos saludables<sup>60</sup>. Incluye las dos modalidades de prevención, por un lado, prevención primaria en formato de taller con cuatro sesiones sobre la autoestima, la imagen corporal, la alimentación y la publicidad y los medios de comunicación y, por otro lado, prevención secundaria, realizada a través de cuestionarios autoadministrados y entrevistas posteriores, que busca la detección precoz y su derivación a centros especializados para la confirmación diagnóstica y el recibimiento oportuno del tratamiento<sup>59,60</sup>.

Se implementa por los miembros de la comunidad educativa, los profesores y orientadores de los propios centros docentes, quienes reciben una formación específica para poder impartir de forma adecuada las sesiones<sup>11,59</sup>.

## 5.2. Detección Temprana en Cantabria de los Trastornos Alimentarios. DETECTA.

En el año 2010 se puso en marcha el programa de primeros episodios de trastornos de la conducta alimentaria DETECTA, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), en Santander. Esta estrategia de intervención persigue desde entonces, realizar una detección precoz y garantizar un tratamiento individualizado, tanto al paciente como a las familias, en las fases tempranas de la enfermedad, con el objetivo de mejorar el pronóstico de la misma<sup>2</sup>.

Este proyecto plantea un protocolo de derivación ágil y directo desde los centros de AP hasta la UTCA del HUMV, evitando el trasiego innecesario de los usuarios por los diferentes recursos asistenciales y consecuentemente, reduciendo el tiempo de demora asistencial<sup>2</sup> (*Anexo 11*). En el año 2018 el programa DETECTA recibió un total de 103 derivaciones con episodios incipientes de un desorden alimentario y no tratados anteriormente. De ellos, 33 fueron derivados directamente desde AP, mientras que el resto lo fueron por las unidades de salud mental, las cuales habían recibido anteriormente estos usuarios por parte de AP. Un paso que se podría haberse evitado.

Por otro lado, presenta un carácter asistencial, que incluye, por un lado, un tratamiento estructurado dirigido al usuario, basado en la entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual y, por otro lado, un tratamiento familiar tanto individual como grupal. Además, realiza la investigación de diferentes ámbitos relacionados con los TCA: la neurocognición, los factores pronósticos o las características clínicas y los factores de riesgo<sup>2</sup>.

Este programa, en los nueve años que lleva desarrollándose, ha logrado mejorar la morbilidad de la enfermedad, los costes sanitarios derivados de la misma y la calidad asistencial de los usuarios con cuadros incipientes de TCA<sup>2,11</sup>.

## CONCLUSIONES

---

- Los TCA son un problema de la salud pública creciente, en el que la detección precoz juega un papel clave en la recuperación de los usuarios; tratándose de una prioridad sanitaria, económica y social.
- Actualmente no se llevan a cabo de forma organizada y estructurada estrategias de prevención primaria y secundaria de los TCA en el ámbito de AP, probablemente, relacionado con el desconocimiento de la magnitud del problema y de las herramientas existentes para llevar a cabo estas actuaciones.
- El profesional de enfermería de AP debe formarse y desarrollar programas de prevención primaria dirigidos a los factores protectores, e implementar en sus consultas, instrumentos de cribado rápidos y sencillos para la prevención y detección temprana de los TCA.
- A nivel de prevención primaria, se recomienda que los EAP entrenados, desarrollen programas de carácter interactivo, multisesión y de contenido protector, dirigidos a la población de riesgo, adolescentes con edad igual o mayor a 15 años, así como al ámbito familiar y escolar respectivo.
- El cuestionario SCOFF es una herramienta de cribado breve, de fácil ejecución y bajo coste económico, que permite a los profesionales de AP realizar una prevención secundaria eficaz, y consecuentemente, reducir la situación de infra diagnóstico y las cifras de prevalencia de los TCA.



## BIBLIOGRAFÍA TFG

---

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
2. González Gómez J. Estudio controlado de factores de riesgo y variables. Clínica asociada al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de primeros episodios de la comunidad de Cantabria. [Tesis doctoral]. Santander: Departamento de Medicina y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria; 2016. [Fecha de acceso 2 Feb 2019]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8434/Tesis%20JGG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
4. González-Gómez J, Madrazo I, Gil-Camarero et al. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. Rev Med Valdecilla [Internet]. 2017 [Fecha de acceso 6 Feb 2019]; 2(1). Disponible en: [http://www.humv.es/revista-valdecilla/2\\_1/Trastorno\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.humv.es/revista-valdecilla/2_1/Trastorno_conducta_alimentaria.pdf)
5. Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez E et al. Guía de Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Cantabria: Consejería de sanidad y servicios sociales, Gobierno de Cantabria; 2012. [Fecha de acceso 8 Feb 2019]. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
6. Garcia-Campayo J, Cebolla A, Baños RM. Trastornos de conducta alimentaria y atención primaria: el desafío de las nuevas tecnologías. Aten Primaria. 2014;46(5):229-230. doi: 10.1016/j.aprim.2013.12.011.
7. Calvo Medel D. Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España. Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada. [Tesis doctoral]. Zaragoza: Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología; 2012. [Fecha de acceso 12 Feb 2019]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/9900/files/TESIS-2012-135.pdf>
8. Gómez del Barrio JA. Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracones: Ed. Médica Panamericana; 2009.
9. Dueñas Disotuar Y. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. Nutr Hosp. 2015;32(5):2091-2097. doi: 10.3305/nh.2015.32.5.9662.
10. ASCASAM. Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental [Internet]. Disponible en: <https://ascasam.org/images/interes/Proyecto.pdf>
11. Ruiz Lázaro PM, Velilla Picazo JM, González Fraile E. Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Grupo Anaya, S.A; 2017.
12. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21:718-79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.08.008.
13. Gil Canalda MI, Candela-Villanueva JP, Rodríguez MC. Atención primaria de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? (II). Aten Primaria 2003;31(4):248-51.
14. Villas Pérez E. Prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España [Tesis Doctoral]. Universidad de Zaragoza: Facultad de Medicina; 2013 [Fecha de acceso 20 Feb 2019]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/59989/files/TESIS-2017-010.pdf>
15. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Gobierno de España; 2018 [Fecha de acceso 24 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>

16. Calcedo Giraldo JG. Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de educación secundaria en Cantabria [Tesis doctoral]. Santander: Departamento de Medicina y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria; 2016. [Fecha de acceso 26 Feb 2019]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8422/Tesis%20JGCG.pdf?sequence=1>
17. Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. 2010;51(4):518-25. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x.
18. González Gmelch A, González Isasi A, Beneyto Naranjo C et al. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria según niveles de intervención de la Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de sanidad [Internet]. 2009 [Fecha de acceso 28 Feb 2019]. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1ed7c860-2137-11df-8252-79e5259eb869/Protocolo\\_TCA.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1ed7c860-2137-11df-8252-79e5259eb869/Protocolo_TCA.pdf)
19. Díaz Benaventea M, Rodríguez Morillab F, Martín Lealc C et al. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. [Internet]. 2003 [Fecha de acceso 28 Feb 2019]; 32(7):399-444. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13053467>
20. Striegel Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. Am Psychol. 2007;62(3):81-98. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.181.
21. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. J Abnorm Psychol. 2013;122(2):445-57. doi: 10.1037/a0030679.
22. Carral Fernández L. Sesgos cognitivos en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de casos y controles. [Tesis doctoral]. Santander: Departamento de Medicina y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria; 2016. [Fecha de acceso 02 Marzo 2019]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8435/Tesis%20LCF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Krug I, Taborelli E, Sallis H et al. A systematic review of obstetric complications as risk factors for eating disorder and a meta-analysis of delivery method and prematurity. Physiol Behav. 2013;109(1):51-62. doi: 10.1016/j.physbeh.2012.11.003.
24. Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. Int J Eat Disord. 2013;46(5):433-9. doi: 10.1002/eat.22094.
25. ACAB. Factores de riesgo para sufrir un TCA [Internet]. Barcelona [Fecha de acceso 02 Marzo 2019]. Disponible en: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
26. ACAB. LAS PÁGINAS “PRO ANA” y “PRO MIA” INUNDAN LA RED [Internet]. Barcelona; 2011 [Fecha de acceso 08 Marzo 2019]. Disponible en: [http://www.fima.org/fitxer/28/resumen\\_informe\\_anorexia\\_y\\_bulimia\\_en\\_internet.pdf](http://www.fima.org/fitxer/28/resumen_informe_anorexia_y_bulimia_en_internet.pdf)
27. Kroon AM, Diest V, Perez M. Prevention of Eating Disorders: A Review. Texas A&M University. [Internet]. 2012 [Fecha de acceso 08 Marzo 2019]. Disponible en: [http://cdn.intechopen.com/pdfs/29060/InTechPrevention\\_of\\_eating\\_disorders\\_a\\_review.pdf](http://cdn.intechopen.com/pdfs/29060/InTechPrevention_of_eating_disorders_a_review.pdf)
28. Navarro Alarcón M. Prevención de los Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. “Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria”. [Trabajo fin de Master]. Universitat Oberta de Catalunya; 2016. [Fecha de acceso 10 Marzo 2019]. Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/56164/7/mnavarroalaTFM0716memoria.pdf>
29. Casado Morales MI, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. Departamento de Psicología Básica II

- (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Campus de Somosaguas. Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. 2008 [Fecha de acceso 10 Marzo 2019]; 19(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100001)
30. Stice E, Butryn ML, Rohde P et al. An Effectiveness Trial of a New Enhanced Dissonance Eating Disorder Prevention Program among Female College Students. *Behav Res Ther*. 2013;51(12):862-71. doi: 10.1016/j.brat.2013.10.003.
  31. Witcomb GL, Arcelus J, Chen J. Can cognitive dissonance methods developed in the West for combatting the “thin ideal” help slow the rapidly increasing prevalence of eating disorders in non-Western cultures? *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013;25(6):332–340. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.06.002.
  32. Stice E, Rohde P, Shaw H et al. An Effectiveness Trial of a Selected Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program for Female High School Students: Long-Term Effects. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(4):500–8. doi: 10.1037/a0024351.
  33. Jeong S-H, Cho H, Hwang Y. Media Literacy Interventions: A Meta-Analytic Review. *J Commun*. 2012;62(3):454–472. doi: 10.1111/j.1460-2466.2012.01643.x.
  34. Ruiz-Martínez AO, Vázquez-Arévalo R, Mancilla-Díaz JM et al. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2010 [Fecha de acceso 22 Marzo 2019];9(2):447-455. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a12.pdf>.
  35. Ruiz Lázaro PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. 2ª ed. Zaragoza: Grupo ZARIMA-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. ARBADA; 1999.
  36. Berger U, Sowa M, Bormann B et al. Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;16(3):173-83. doi: 10.1002/erv.861.
  37. Varnado-Sullivan PJ, Horton RA. Acceptability of programs for the prevention of eating disorders. *J Clin Psychol*. 2006;62(6):687–703. doi: 10.1002/jclp.20258.
  38. González C, Pérez E, Martín E et al. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de alimentación. *Aten Primaria*. 2007;39(4):189-9. doi: 10.1157/13100842.
  39. Fernández M.C, Buitrago F, Ramírez, Ciurana R et al. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Grupo de Salud Mental del PAPPs [Internet]. 2007 [Fecha de acceso 10 abril 2019];39(3):88-108. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13126850>.
  40. De la Serna J. Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Trabajo fin de Grado]. Santander: Departamento de Enfermería, Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla, Universidad de Cantabria; 2017. [Fecha de acceso 12 abril 2019]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11650/Serna%20Mat%E9%20Jorge%20de%20la.pdf?sequence=4>
  41. Gil E, Ortiz-Gómez T, Fernández ML. Atención al adolescente y detección de las alteraciones del comportamiento alimentario: tenemos que dar un paso al frente. *Aten Primaria*. 2007;39(1):7-13. doi: 10.1157/13098272.
  42. Viñals RJ, Ramírez R, Melgar AB et al. Detección precoz, en atención primaria, de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. *Aten Primaria*. 2007;39(6). doi: 10.1157/13106294.
  43. Montón C, García J, Buitrago F et al. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria. [Internet]: Grupo de Salud Mental del PAPPs; 2016 [Fecha de acceso 12 abril 2019]. Disponible en: <https://www.semefyc.es/wp-content/uploads/2016/07/trastornos-conducta.pdf>

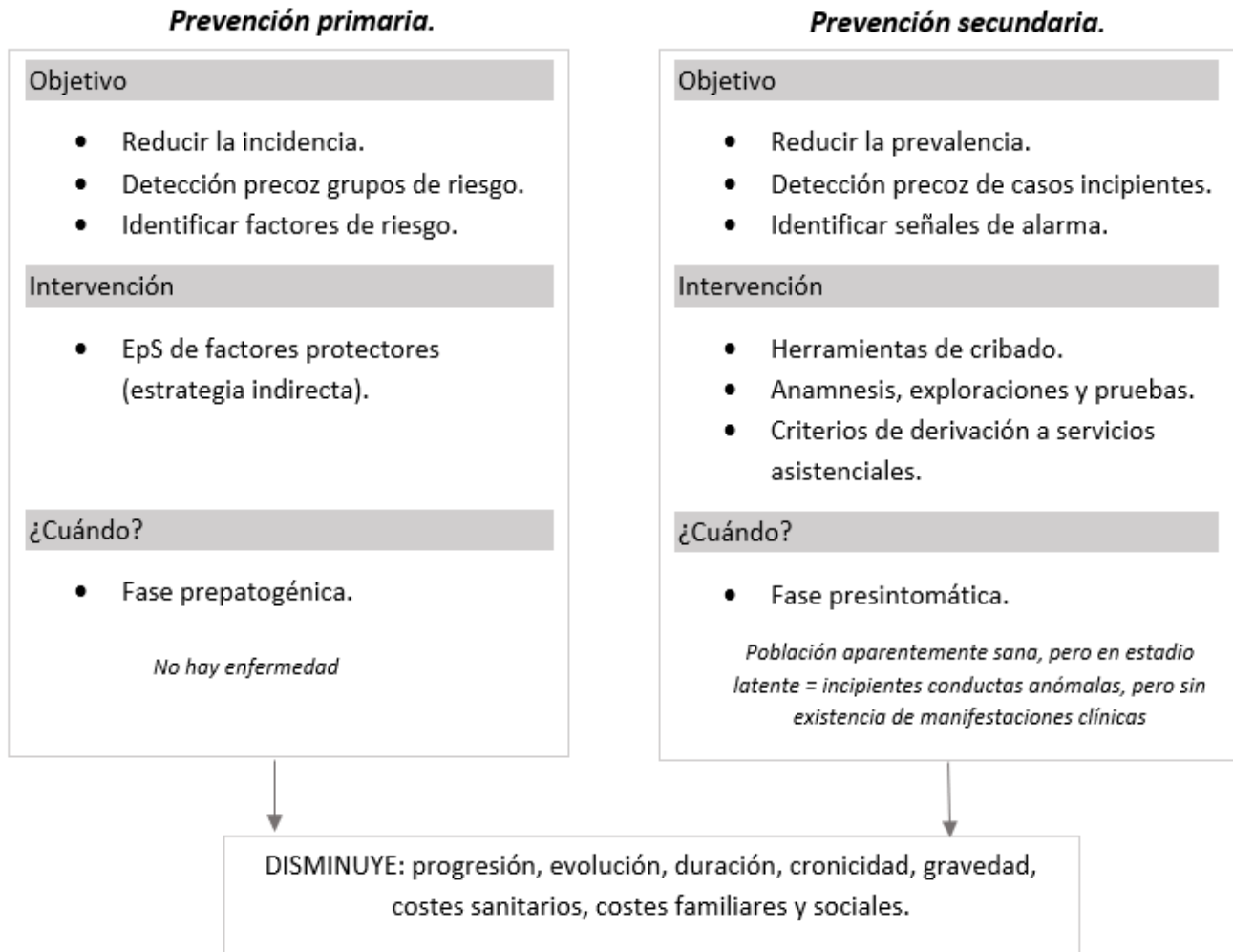
44. Varela-Casal P, Maldonado M, Ferre F. Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2011 [Fecha de acceso 13 abril 2019];39(1):12-9. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/69/ESP/13-69-ESP-12-19-187522.pdf>
45. Ruiz I. Señales de alarma para detectar un trastorno de la conducta alimentaria. Instituto de Ciencias de la Conducta [Internet]. 2013 [Fecha de acceso 12 abril 2019];1(25):2626-2636. Disponible en: [http://www.tcasevilla.com/archivos/signos\\_de\\_alarma\\_en\\_tca.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/signos_de_alarma_en_tca.pdf)
46. ACAB. Señales de alerta que nos pueden hacer sospechar que existe un TCA [Internet]. Barcelona [Fecha de acceso 14 abril 2019]. Disponible en: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/senales-de-alerta-que-nos-pueden-hacer-sospechar-que-existe-un-tca>
47. Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50(1):83-108. doi: 10.1016/S0212-6567(18)30364-0.
48. Graell Berna M, Villaseñor Montarroso A, Faya Barrios M. Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia. AEPaP [Internet]. 2015 [Fecha de acceso 20 abril 2019];3(1):433-30. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p423-430.pdf>
49. ¿Qué señales pueden alertarnos de un posible trastorno de la conducta alimentaria? [Internet]; 2012 [Fecha de acceso 20 abril 2019]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/conducta\\_alimentaria/pacientes/general.html](http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/pacientes/general.html)
50. Rueda GE, Díaz LA, Ortiz DP et al. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados. Aten Primaria. 2005;35(2):89-94.
51. Bolaños Ríos P. Cuestionarios, inventarios y escalas en TCA. Instituto de Ciencias de la Conducta [Internet]. 2013 [Fecha de acceso 22 abril 2019];1(18):1981-2007. Disponible en: [http://www.tcasevilla.com/archivos/cuestionarios\\_inventarios\\_y\\_escalas\\_en\\_tca.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/cuestionarios_inventarios_y_escalas_en_tca.pdf)
52. Ayerbe-García M, González-López E, López-Larrayoz I et al. El test SCOFF: una posible herramienta de cribado de los trastornos de comportamiento alimentario en atención primaria. Aten Primaria. 2003;32(5):121-126. doi: 10.1157/13051586.
53. Perpiñá Tordera C. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Madrid: Síntesis; 2015.
54. Bolaños Ríos P. Cuestionarios usados en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Instituto de Ciencias de la Conducta [Internet]. 2017 [Fecha de acceso 22 abril 2019];1(26):2810-2821. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6433396>
55. Diéguez M, Álvarez J, Corrales A et al. Proceso asistencial trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. Madrid; 2013 [Fecha de acceso 29 abril 2019]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPROCESO+ASISTENCIAL+TCA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalPrincipeAsturias&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352869243525&ssbinary=true>
56. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009.
57. Ruíz Lázaro P, Legaz Sánchez E. Recomendaciones para la detección y el manejo inicial de trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria [Internet]; [Fecha de acceso 29 abril 2019]. Disponible en:

[https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Recomendaciones\\_deteccion\\_manejo\\_TCA\\_AP.pdf](https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Recomendaciones_deteccion_manejo_TCA_AP.pdf)

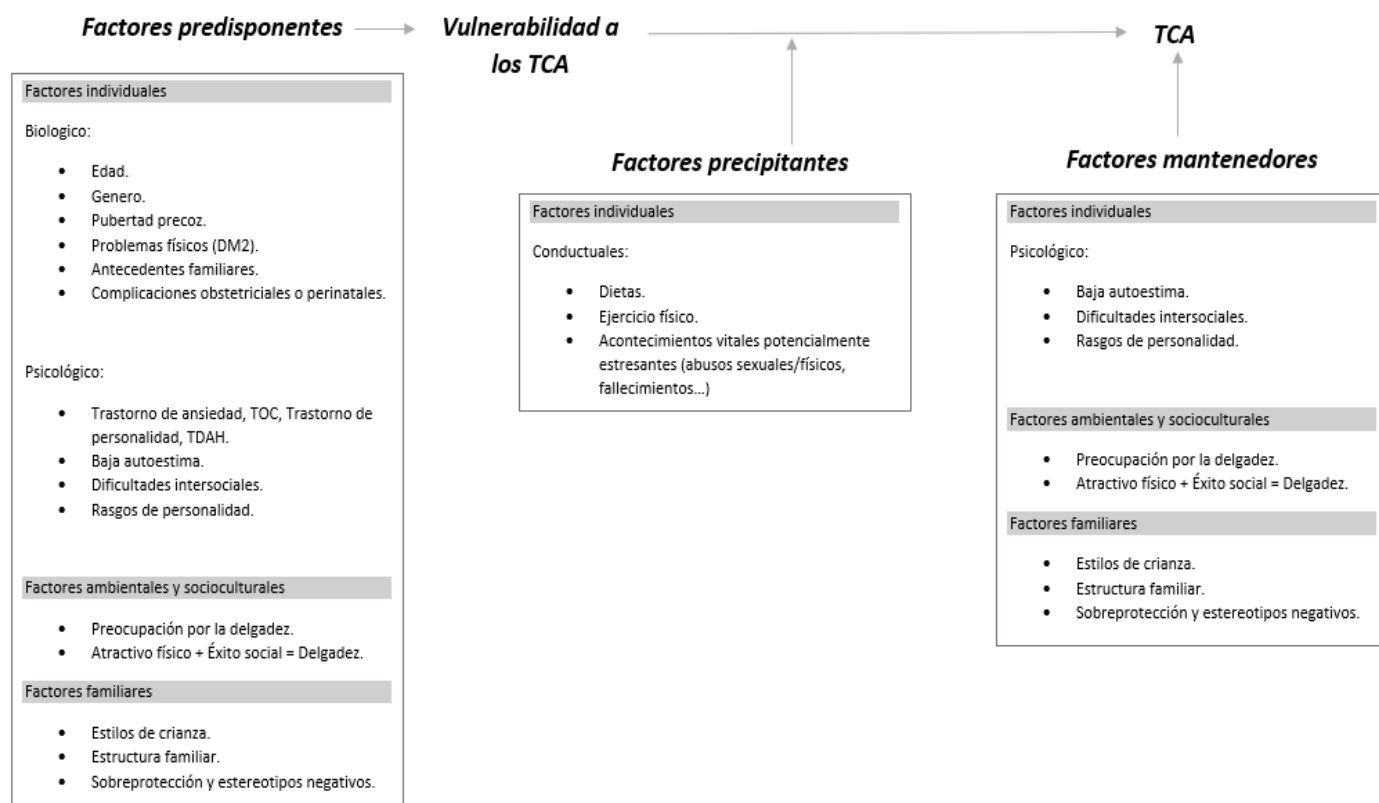
58. Peláez Fernández MA, Labrador Encinas FJ, Raich Escursell RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal [Internet]. 2005 [Fecha de acceso 05 mayo 2019];5(2):135-148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/560/56050204/>
59. Conselleria de Sanitat. Edición DITCA 2015/2016: prevención de anorexia y bulimia en 2º ESO [Internet]. Valencia; 2016 [ Fecha de acceso 06 mayo 2019]. Disponible en: [http://aplicaciones.edu.gva.es/eva/docs/innovacion/info\\_inicial\\_cronograma\\_15\\_16.pdf](http://aplicaciones.edu.gva.es/eva/docs/innovacion/info_inicial_cronograma_15_16.pdf)
60. Consejo General de la Psicología de España. El programa DITCA detecta trastornos de la alimentación en las aulas [Internet]. INFOCOP; 2009 [ Fecha de acceso 06 mayo 2019]. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2622](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2622)

## ANEXOS

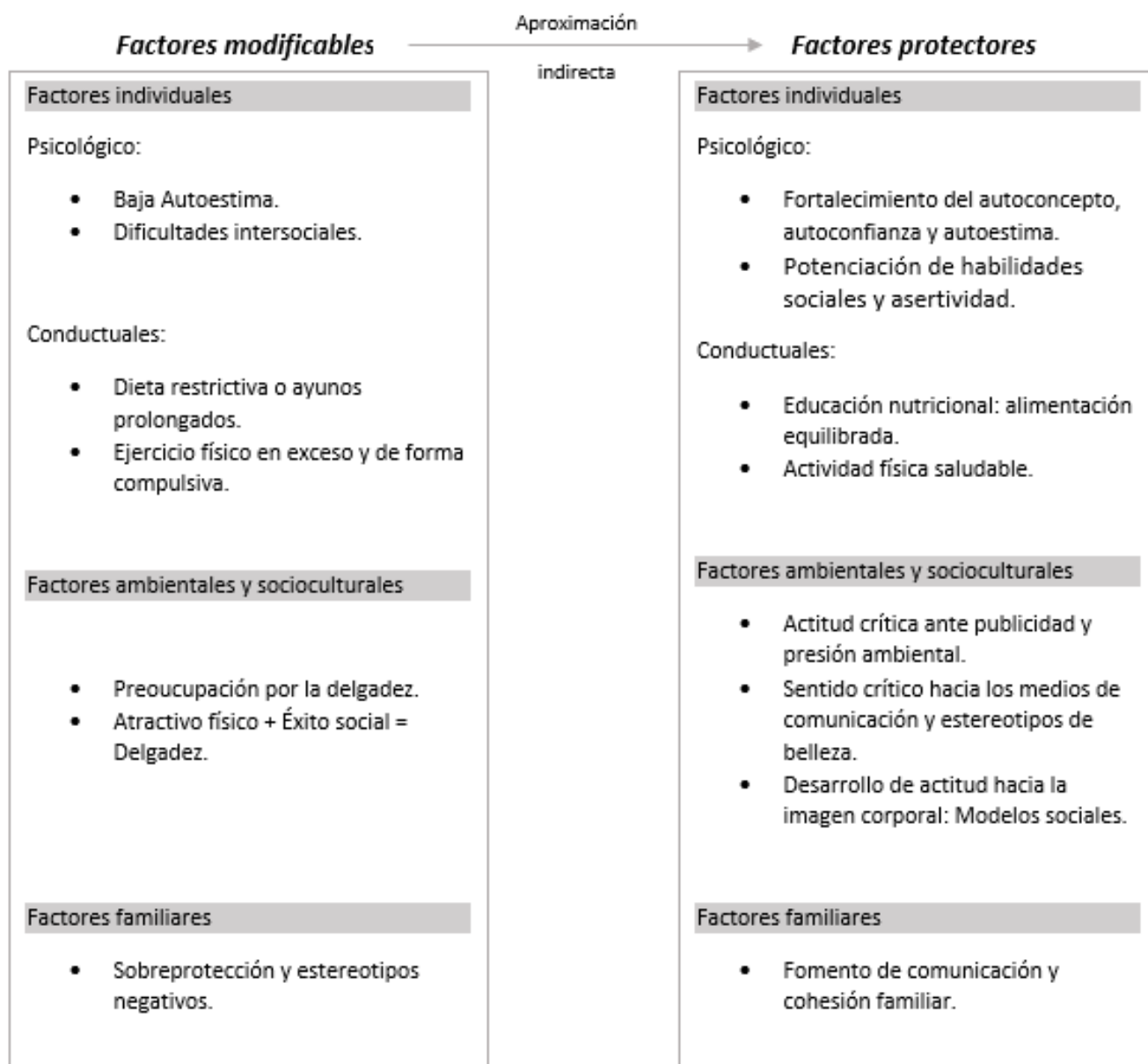
### Anexo 1. Prevención primaria y secundaria.



*Anexo 2. Factores de riesgo precipitantes, predisponentes y mantenedores de los TCA<sup>3</sup>.*

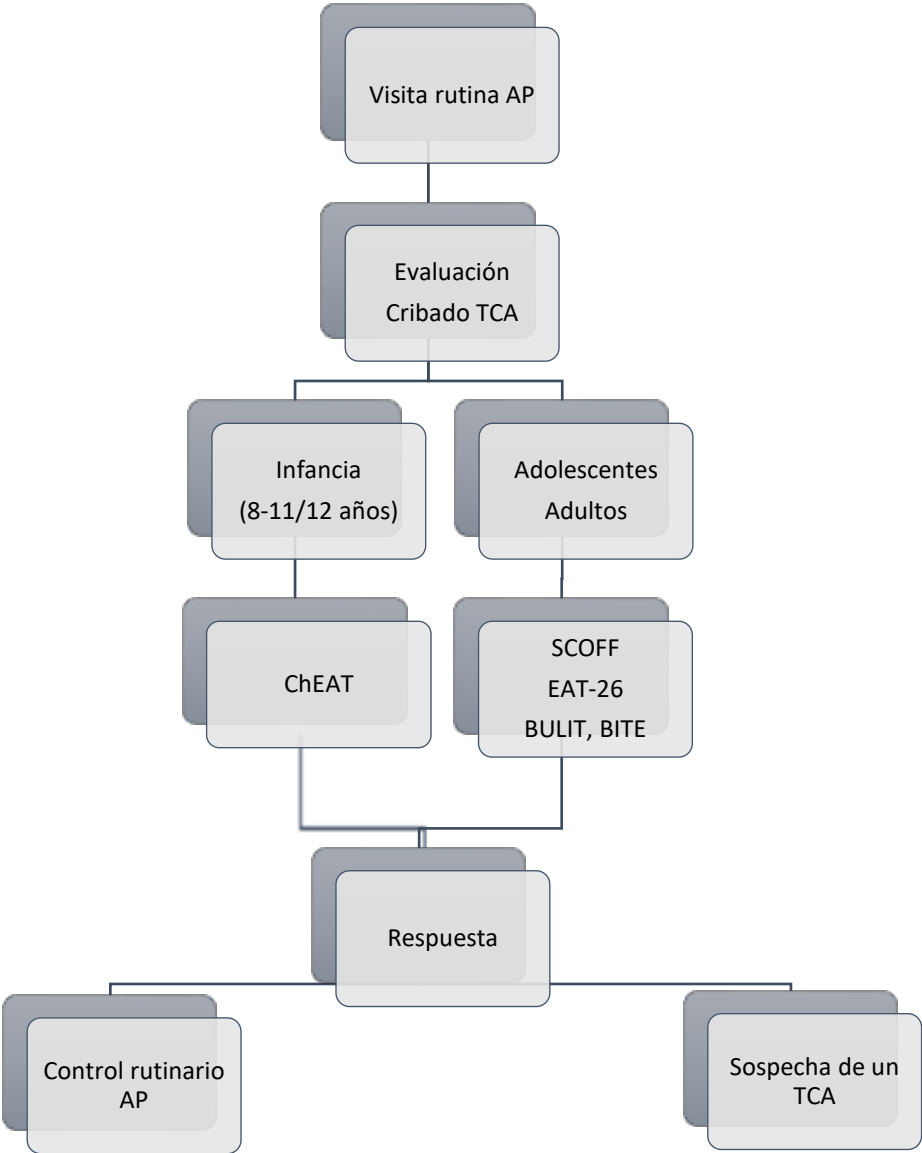


Anexo 3. Aproximación indirecta a los TCA<sup>14</sup>.





Anexo 4. Detección de potenciales casos de TCA<sup>3</sup>.



*Anexo 5. Versión española de la encuesta SCOFF<sup>3</sup>.*

Reproducido con permiso de los autores (J García-Campayo, 2004)

Nombre:

Sexo:

Edad:

1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?

SÍ ☐ NO ☐

2. ¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come?

SÍ ☐ NO ☐

3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de tres meses?

SÍ ☐ NO ☐

4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado/a delgado/a?

SÍ ☐ NO ☐

5. ¿Diría que la comida domina su vida?

SÍ ☐ NO ☐

*Anexo 6. Versión española del EAT-26<sup>3</sup>.*

Reproducido con permiso de los autores (A Gandarillas, et al., 2003)

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
2. Procuro no comer cuando tengo hambre.
3. La comida es para mí una preocupación habitual.
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
9. Vomito después de comer.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.
17. Tomo alimentos dietéticos.
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.
23. Estoy haciendo régimen.
24. Me gusta tener el estómago vacío.
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

Categorías de respuesta:

Siempre / Muy a menudo / A menudo / A veces / Raramente / Nunca.

*Anexo 7. Versión española del ChEAT<sup>3</sup>.*

Reproducido con permiso de los autores (M De Gracia, 2008)<sup>173</sup>.

1. Me da mucho miedo pesar demasiado.
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.
3. Pienso en comida continuamente.
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
5. Corto la comida en trozos pequeños.
6. Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como.
7. Evito comer alimentos como pan, patatas o arroz.
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.
9. Vomito después de haber comido.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
15. Tardo en comer más que las otras personas.
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.
17. Noto que los demás me presionan para que coma.
18. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
19. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
20. Me comprometo a hacer régimen.
21. Me gusta sentir el estómago vacío.
22. Me lo paso bien probando comidas nuevas y sabrosas.
23. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.
24. Como alimentos de régimen.
25. Siento que los alimentos controlan mi vida.
26. Me controlo en las comidas.

Categorías de respuesta:

Siempre / Casi siempre / Muchas veces / Algunas veces / Casi nunca / Nunca.

*Anexo 8. Versión española del BULIT<sup>3</sup>.*

Responda cada una de las preguntas siguientes señalando la opción correcta con una cruz. Por favor, responda con sinceridad y recuerde que toda la información será estrictamente confidencial.

1. ¿Ha comido usted alguna vez incontroladamente hasta el punto de sentirse hinchado/a?

1. Una vez al mes o menos (o nunca)
2. Dos o tres veces al mes
3. Una o dos veces a la semana
4. Tres a seis veces a la semana
5. Una vez al día o más

2. Estoy satisfecho/a con mi forma de comer

1. De acuerdo
2. Neutral
3. Un poco en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Completamente en desacuerdo

3. ¿Ha seguido usted alguna vez comiendo hasta el punto de sentir que va a explotar?

1. Prácticamente cada vez que como
2. Muy frecuentemente
3. A menudo
4. A veces
5. Raramente o nunca

4. ¿Actualmente se llamaría usted mismo/a un/a comilón/a?

1. Sí, por completo
2. Sí
3. Sí, probablemente
4. Sí, es posible
5. No, probablemente no

5. Prefiero comer

1. En casa solo/a
2. En casa con otros/as
3. En un restaurante público
4. En la casa de amigos/as

5. No importa

6. ¿Siente que tiene control sobre la cantidad de comida que consume?

1. La mayoría o todas las veces

2. Muchas veces

3. Ocasionalmente

4. Raramente

5. Nunca

7. Uso supositorios o laxantes para ayudar a controlar mi peso

1. Una vez al día o más

2. Tres a seis veces a la semana

3. Una o dos veces a la semana

4. Dos o tres veces al mes

5. Una vez al mes o menos

8. Como hasta que me siento demasiado cansado/a para continuar

1. Al menos una vez al día

2. Tres a seis veces a la semana

3. Una o dos veces a la semana

4. Dos o tres veces al mes

5. Una vez al mes o menos (o nunca)

9. ¿Con qué frecuencia prefiere comer helados, batidos durante una comilona?

1. Siempre

2. Frecuentemente

3. A veces

4. Raramente o nunca

5. Yo no tengo comilonas

10. ¿Cuánto se preocupa usted sobre sus comilonas?

1. Yo no tengo comilonas

2. Me preocupa un poco

3. Preocupación moderada

4. Preocupación intensa

5. Probablemente la mayor preocupación en mi vida

11. La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiera cuánta comida consumo cada vez que me siento

1. Sin duda alguna
2. Muy probablemente
3. Probablemente
4. Posiblemente
5. No

12. ¿Ha comido alguna vez hasta el punto de sentirse enfermo/a?

1. Muy frecuentemente
2. Frecuentemente
3. A menudo
4. Ocasionalmente
5. Raramente o nunca

13. Temo comer cualquier cosa por miedo a no poder parar

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Frecuentemente
4. A veces
5. Raramente o nunca

14. No estoy contento/a conmigo mismo/a después de comer demasiado.

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. A veces
4. Raramente o nunca
5. No como demasiado

15. ¿Con qué frecuencia vomita intencionadamente después de comer?

1. Dos o más veces a la semana
2. Una vez a la semana
3. Dos o tres veces al mes
4. Una vez al mes
5. Menos de una vez al mes (o nunca)

16. ¿Cuáles de los siguientes sentimientos tiene después de una comilona?

1. No tengo comilonas

2. Me siento bien

3. Me siento medianamente disgustado/a conmigo mismo/a

4. Me siento bastante disgustado/a conmigo mismo/a

5. Me odio

17. Como mucha comida incluso cuando no tengo hambre

1. Muy frecuentemente

2. Frecuentemente

3. Ocasionalmente

4. A veces

5. Raramente o nunca

18. Mi forma de comer es diferente de la forma de comer de la mayoría de la gente

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Frecuentemente

4. A veces

5. Raramente o nunca

19. He tratado de perder peso ayunando o con regímenes intensos

1. No en el año pasado

2. Una vez en el pasado año

3. Dos o tres veces en el pasado año

4. Cuatro o cinco veces en el pasado año

5. Más de cinco veces en el pasado año

20. Me siento triste después de comer más de lo que había planeado comer

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Frecuentemente

4. A veces

5. Raramente, nunca o no es el caso

21. Cuando me meto en una comilona, tiendo a comer comidas altas en carbohidratos (azúcares, almidón)

1. Siempre

2. Casi siempre

3. Frecuentemente



4. A veces

5. Raramente, o no tengo comilonas

22. Comparado con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:

1. Mayor que la capacidad de otros/as

2. Más o menos igual

3. Menor

4. Mucho menor

5. No tengo absolutamente ningún control

23. Uno de sus mejores amigos/as de repente sugiere que ambos vayan a cenar a un nuevo restaurante esa noche. Aunque usted haya planeado comer algo ligero en casa, usted va y come fuera, comiendo bastante y sintiéndose incómodamente lleno/a. ¿Cómo se sentiría consigo mismo/a en el camino de vuelta a casa?

1. Bien, contento/a de haber conocido un nuevo restaurante

2. Lamentando un poco el haber comido tanto

3. Algo frustrado/a conmigo mismo/a

4. Disgustado/a conmigo mismo/a

5. Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a

24. Actualmente yo podría considerarme un/a “comedor/a compulsivo/a” (que tiene episodios de comida incontroladas)

1. Absolutamente

2. Sí

3. Sí, probablemente

4. Sí, es posible

5. No, probablemente no

25. ¿Cuál es el máximo peso que ha perdido en un mes?

1. Más de 20 kg

2. 12-20 kg

3. 8-11 kg

4. 4-7 kg

5. Menos de 4 kg

26. Si como demasiado por la noche, me siento deprimido/a a la mañana siguiente

1. Siempre

2. Frecuentemente

- 3. A veces
- 4. Raramente o nunca
- 5. No como demasiado por la noche

27. ¿Cree que es más fácil para usted vomitar que para la mayoría de la gente?

- 1. Sí, no me cuesta ningún trabajo
- 2. Sí, es más fácil para mí
- 3. Sí, es un poco más fácil para mí
- 4. Más o menos igual
- 5. No, es menos fácil para mí

28. Siento que la comida controla mi vida

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Frecuentemente
- 4. A veces
- 5. Raramente o nunca

29. Me siento deprimido/a inmediatamente después de comer demasiado

- 1. Siempre
- 2. Frecuentemente
- 3. A veces
- 4. Raramente o nunca
- 5. No como demasiado

30. ¿Con qué frecuencia vomita después de comer tratando de perder peso?

- 1. Menos de una vez al mes (o nunca)
- 2. Una vez al mes
- 3. Dos-tres veces al mes
- 4. Una vez a la semana
- 5. Dos o más veces a la semana

31. Cuando consume una gran cantidad de comida, ¿con qué rapidez la come habitualmente?

- 1. Más rápido que cualquiera lo haya podido hacer en su vida
- 2. Bastante más rápido que la mayoría de la gente
- 3. Un poco más rápido que la mayoría de la gente
- 4. Como la mayoría de la gente

5. Más lentamente que la mayoría de la gente (o no aplicable)

32. ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que usted haya ganado en un mes?

1. Más de 20 kg
2. Entre 12-20 kg
3. Entre 8-11 kg
4. Entre 4-7 kg
5. Menos de 4 kg

33. SÓLO MUJERES. Mi último período menstrual fue

1. Hace un mes
2. Hace dos meses
3. Hace cuatro meses
4. Hace seis meses
5. Hace más de seis meses

34. Uso diuréticos para ayudarme a controlar mi peso

1. Una vez al día o más
2. De tres a seis veces a la semana
3. Una o dos veces a la semana
4. Dos o tres veces al mes
5. Una vez al mes o menos (o nunca)

35. ¿Qué piensa de su apetito comparado con el de la mayoría de las personas que conoce?

1. Muchas veces mayor que la mayoría
2. Mucho mayor
3. Un poco mayor
4. Más o menos igual
5. Menor que la mayoría

36. SÓLO MUJERES. Mi ciclo menstrual se presenta una vez al mes

1. Siempre
2. Generalmente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

Anexo 9. Versión española del BITE<sup>3</sup>.

1. ¿Sigue diariamente las mismas costumbres en su alimentación? SÍ ☐ NO ☐
2. ¿Realiza usted dietas rigurosas? SÍ ☐ NO ☐
3. ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta, aunque sólo sea una vez? SÍ ☐ NO ☐
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen? SÍ ☐ NO ☐
5. ¿Alguna vez ha ayunado durante un día entero? SÍ ☐ NO ☐
6. ... si responde «SÍ», ¿con qué frecuencia lo hace?
 

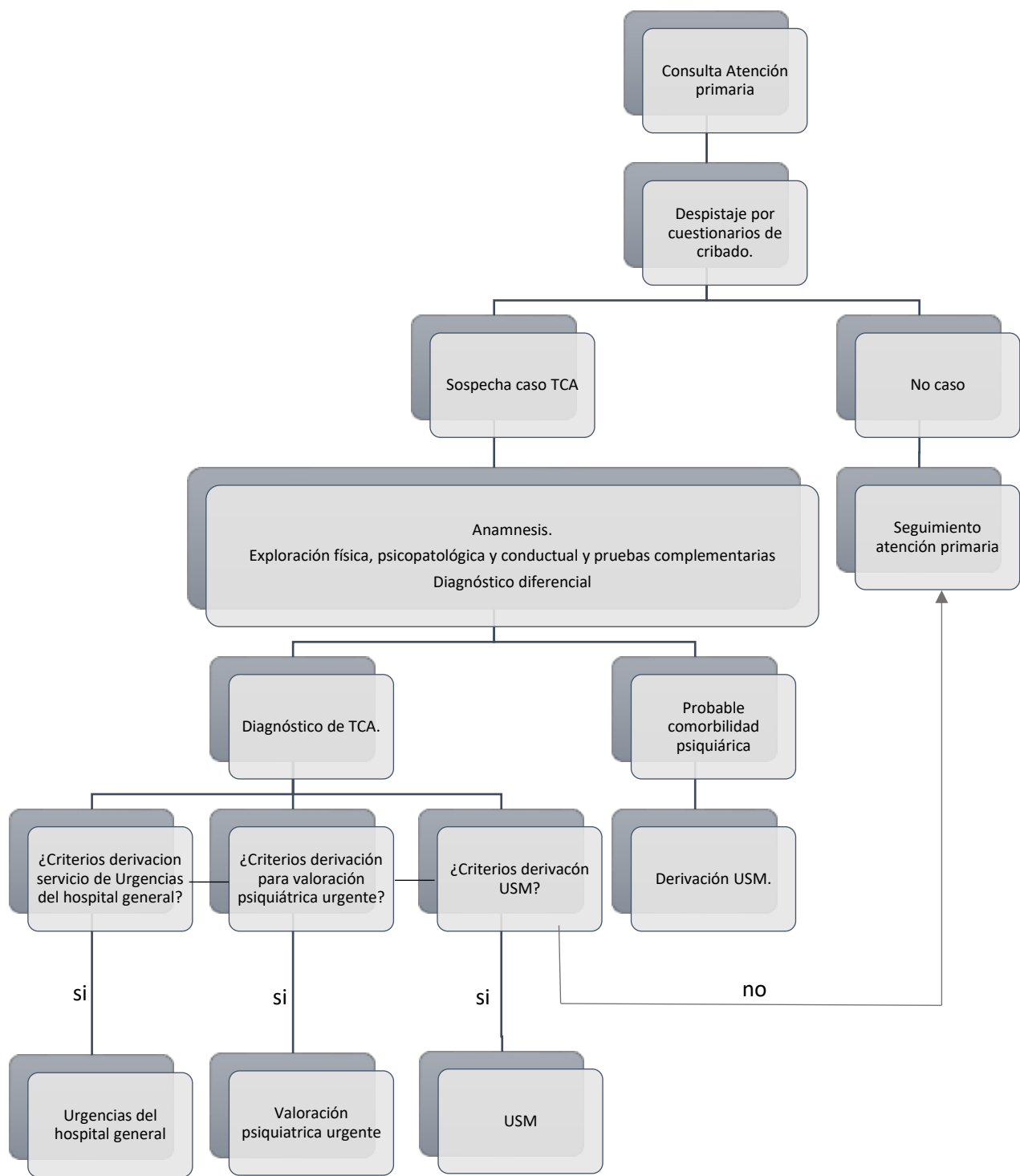
<input type="checkbox"/> Un día sí y otro no	5
<input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana	4
<input type="checkbox"/> Una vez por semana	3
<input type="checkbox"/> De vez en cuando	2
<input type="checkbox"/> Una sola vez	1
7. ¿Se vale de alguno de los siguientes medios para perder peso? (Rodee en cada caso con un círculo según la frecuencia, de acuerdo con la tabla de abajo).
 

<b>PÍLDORAS ADELGAZANTES</b>	0	2	3	4	5	6	7
<b>TOMAR DIURÉTICOS</b>	0	2	3	4	5	6	7
<b>TOMAR LAXANTES</b>	0	2	3	4	5	6	7
<b>PROVOCARSE EL VÓMITO</b>	0	2	3	4	5	6	7

- Nunca	0
- Ocasionalmente	2
- Una vez a la semana	3
- 2 o 3 veces a la semana	4
- Diariamente	5
- 2 o 3 veces al día	6
- 5 o más veces al día	7
8. ¿Siente usted perturbada severamente su vida por los hábitos alimentarios? SÍ ☐ NO ☐
9. ¿Considera que la comida domina su vida? SÍ ☐ NO ☐
10. ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal? SÍ ☐ NO ☐
11. ¿Hay veces que lo único que puede hacer es pensar en la comida? SÍ ☐ NO ☐
12. ¿Come cantidades razonables delante de los demás y luego se atiborra en secreto? SÍ ☐ NO ☐

13. ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo? SÍ ☐ NO ☐
14. ¿Experimenta alguna vez un deseo ARROLLADOR de comer y comer? SÍ ☐ NO ☐
15. ¿Cuando se siente ansiosa tiende a comer mucho? SÍ ☐ NO ☐
16. ¿Le ATERRORIZA la idea de llegar a convertirse en obesa? SÍ ☐ NO ☐
17. ¿Alguna vez consume grandes cantidades de alimentos (no sólo durante las comidas)? SÍ ☐ NO ☐
18. ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios? SÍ ☐ NO ☐
19. ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come? SÍ ☐ NO ☐
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? SÍ ☐ NO ☐
21. ¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer? SÍ ☐ NO ☐
22. ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come? SÍ ☐ NO ☐
23. La cantidad que come, ¿depende directamente del hambre que tenga? SÍ ☐ NO ☐
24. ¿Se da siempre grandes atracones de comer? SÍ ☐ NO ☐
25. ... si responde «SÍ», ¿se desprecia a sí misma si se excede comiendo? SÍ ☐ NO ☐
26. Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está sola? SÍ ☐ NO ☐
27. Si se excede comiendo, ¿con qué frecuencia lo hace?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2-3 veces al día      | 6 |
| <input type="checkbox"/> Diariamente           | 5 |
| <input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana | 4 |
| <input type="checkbox"/> Una vez por semana    | 3 |
| <input type="checkbox"/> Una vez al mes        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca            | 1 |
28. ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de darse un atracón? SÍ ☐ NO ☐
29. Si come en exceso, ¿se siente muy culpable? SÍ ☐ NO ☐
30. ¿Come alguna vez en secreto? SÍ ☐ NO ☐
31. ¿Considera normales sus hábitos alimentarios? SÍ ☐ NO ☐
32. ¿Se considera a sí misma una glotona compulsiva? SÍ ☐ NO ☐
33. ¿Varía su peso en más de 2,5 kg a la semana? SÍ ☐ NO ☐

Anexo 10. Actuación ante la sospecha de un TCA<sup>3</sup>.



Anexo 11. Rutas asistenciales en programa DETECTA.

